

NAVIGATING THE EVIDENCE

Communicating Canadian Health Policy in the Media

by Noralou Roos, Kathleen O'Grady, Shannon Turczak,
Camilla Tapp and Lindsay Jolivet

Contents

| | |
|--|------------------|
| <u>Copyright</u> | <u>10</u> |
| <u>Acknowledgements</u> | <u>11</u> |
| <u>Navigating the Evidence:</u> | |
| <u>Communicating Canadian Health Policy in the Media</u> | <u>13</u> |
| <u>Introduction</u> | <u>14</u> |
| <u>Chapter 1: Aging Population</u> | <u>21</u> |
| PEI proposal fails to spark CPP reform | |
| Robert Brown | 22 |
| Pension reform — lessons from Australia | |
| Robert Brown | 24 |
| Government on right track with Target Benefit pension plans | |
| Robert Brown | 26 |
| Dying well | |
| Harvey Max Chochinov | 28 |
| Mourir dignement | |
| Harvey Max Chochinov | 31 |
| Drugging seniors at nursing homes is not a solution for funding shortfalls | |
| Nicole F. Bernier | 34 |
| Droguer les aînés n'est pas une solution au manque de financement | |
| Nicole F. Bernier | 36 |
| Why we need to rethink the nursing home model | |
| Verena Menec | 39 |
| Repenser le modèle des maisons de soins infirmiers | |
| Verena Menec | 41 |
| Is it time to allow assisted suicide? | |
| By Harvey Max Chochinov and Balfour M. Mount | 44 |
| Le temps est-il venu d'autoriser le suicide assisté? | |
| Harvey Max Chochinov et Balfour M. Mount | 47 |
| <u>Chapter 2: Health Care Costs and Spending</u> | <u>50</u> |
| Giving doctors more money does not improve access to care | |
| Damien Contandriopoulos and Mélanie Perroux | 51 |
| Why our health system works for Canada | |

| | |
|--|-----|
| Robert McMurtry | 54 |
| The failure to transform public health care spending is a missed opportunity | |
| Livio Di Matteo | 56 |
| L'échec de la transformation des dépenses en santé : une occasion manquée | |
| Livio Di Matteo | 59 |
| Why medical tourism is not the answer | |
| Colleen Flood | 62 |
| Plutôt qu'une vache à lait, une hydre à plusieurs têtes | |
| Colleen Flood | 64 |
| Thousands of lives could be saved every year by improving our health care system | |
| Michel Grignon | 67 |
| Améliorer notre système de soins de santé permettrait de sauver des milliers de vies chaque année | |
| Michel Grignon | 70 |
| B.C. fails to improve primary health care after more than a \$1 billion investment | |
| Ruth Lavergne and Kim McGrail | 73 |
| Report card on wait times in Canada omits important developments | |
| Don Dick and Linda Woodhouse | 76 |
| Why can't we fix health care? Blame self-interest | |
| Harvey Lazar..... | 79 |
| Pourquoi est-ce si difficile d'améliorer notre système de santé ? | |
| Harvey Lazar..... | 82 |
| Five things most people get wrong about Canada's health care system | |
| Kathleen O'Grady and Noralou Roos | 86 |
| Cinq faits généralement méconnus sur le système de soins de santé canadien | |
| Kathleen O'Grady et Noralou Roos..... | 89 |
| Sex, lies and physician supply | |
| Lindsay Hedden and Morris Barer | 92 |
| Sexe, mensonges et effectif des médecins | |
| Lindsay Hedden et Morris Barer | 95 |
| Seeing health care clearly | |
| Noralou Roos | 98 |
| Voir clairement | |
| Noralou Roos..... | 101 |
| Quebec health reform Bill 10 puts Health Minister at centre | |

| | |
|--|------------|
| by François Béland..... | 104 |
| La réforme réussira-t-elle à réduire la bureaucratie en santé? | |
| François Béland..... | 106 |
| Why you must see your doctor after a trip to the ER | |
| Michael J. Schull | 109 |
| L'importance des soins de suivi après une consultation à l'urgence | |
| Michael J. Schull | 112 |
| Canada relying too heavily on unpaid caregivers — at a cost | |
| Nicole F. Bernier..... | 115 |
| Les soins à domicile au Canada : les proches aidants en font les frais | |
| Nicole F. Bernier..... | 118 |
| <u>Chapter 3: Private, For-Profit Solutions</u> | 121 |
| Let's not have <i>Groundhog Day</i> in Alberta's public health care | |
| By Don Dick and Linda Woodhouse | 122 |
| What problem do we believe private health insurance is going to fix? | |
| Mark Stabile | 125 |
| Quels problèmes la privatisation de la santé était-elle censée régler, déjà? | |
| Mark Stabile | 127 |
| Cash for blood products a flawed policy | |
| Ryan Meili and Monika Dutt | 130 |
| Une politique défaillante à l'origine de la rétribution de donneurs de sang | |
| Ryan Meili et Monika Dutt | 132 |
| Why Canadian Medicare should neither 'go Dutch' nor 'to the dogs' | |
| Ryan Meili | 135 |
| Look to Alberta today, not 20 years ago, for guidance on private MRIs | |
| Ryan Meili..... | 138 |
| Private delivery of health care can work in a publicly funded system but comes with risks | |
| Stephen Duckett..... | 141 |
| La prestation de soins de santé privés est possible dans un système financé par l'État mais comporte certains risques | |
| Stephen Duckett..... | 144 |
| <u>Chapter 4: Health is More Than Health Care</u> | 147 |
| Poverty costs Canada billions of dollars every year | |
| John Millar and Laurel Rothman | 148 |

| | |
|---|-----|
| Growing demand on need to tackle income inequality | |
| Ryan Meili | 151 |
| How an inadequate minimum wage is linked to poorer health outcomes — for everyone | |
| Gary Bloch | 153 |
| Un salaire minimum insuffisant conduit à de piètres résultats en matière de santé : un constat universel | |
| Gary Bloch | 155 |
| Social policies must catch up with science | |
| Elizabeth Lee Ford Jones | 157 |
| Il faut que les politiques sociales rattrapent la science | |
| Elizabeth Lee Ford Jones | 160 |
| Refugee decision a victory for compassion and common sense in Canadian health care | |
| Ryan Meili | 163 |
| Why our governments need to address poverty now | |
| John Millar | 166 |
| Pourquoi nos gouvernements doivent s’attaquer dès maintenant à la pauvreté | |
| John Millar | 169 |
| Just how many servings of fruits and vegetables should we eat a day? | |
| James McCormack | 172 |
| Combien de portions de fruits et de légumes devrions nous manger tous les jours? | |
| James McCormack | 174 |
| Child poverty a Canadian problem | |
| Elizabeth Lee Ford-Jones | 177 |
| La pauvreté infantile, un problème canadien | |
| Elizabeth Lee Ford-Jones | 180 |
| It’s time to include dental health in the health care system | |
| Paul Allison | 183 |
| La couverture des soins dentaires par l’assurance maladie : une nécessité | |
| Paul Allison | 185 |
| Health in all Policies approach gaining traction across political spectrum in Canada | |
| By Danyaal Raza and Ryan Meili | 188 |
| Intégrer la santé dans toutes les politiques gouvernementales : tout le monde y gagne | |
| Danyaal Raza et Ryan Meili | 191 |
| Why did Manitoba students perform so poorly on the latest national school report? | |
| By Marni Brownell and Nathan Nickel | 194 |

| | |
|---|-------------------|
| Comment expliquer le rendement médiocre des élèves du Manitoba dans le dernier rapport national sur l'éducation? | |
| Marni Brownell et Nathan Nickel..... | 197 |
| How to fight 'Fearbola' in Canada | |
| S. Michelle Driedger..... | 200 |
| Comment vaincre « la hantise Ebola » au Canada | |
| S. Michelle Driedger..... | 203 |
| <u>Chapter 5: More Care Not Always Better</u> | <u>206</u> |
| New cholesterol guidelines mean many patients may reassess their use of statins | |
| Alan Cassels | 207 |
| New cholesterol treatment guidelines reassess statin drug use | |
| James McCormack and Mike Allan | 210 |
| When health services harm more than help | |
| Charles Wright | 213 |
| Sure fire tricks to get the most out of your vitamin supplements | |
| Mike Allan and James McCormack | 216 |
| Les astuces les plus sûres pour tirer le maximum des suppléments vitaminiques | |
| Mike Allan et James McCormack | 219 |
| Screening mammography | |
| Charles Wright | 222 |
| La mammographie de dépistage | |
| Charles Wright | 225 |
| The best health advice you'll get today? | |
| Alan Cassels | 228 |
| Most medications prescribed to children have not been adequately studied | |
| Martin Offringa and Terry P. Klassen | 231 |
| La plupart des médicaments prescrits aux enfants n'ont pas fait l'objet d'études suffisantes pour en établir l'innocuité | |
| Martin Offringa et Terry P. Klassen | 234 |
| Now there's proof for the "Angelina Jolie Effect" | |
| Alan Cassels | 237 |
| L'effet « Angelina Jolie » est maintenant confirmé | |
| Alan Cassels | 240 |
| <u>Chapter 6: Pharmaceutical Policy</u> | <u>243</u> |
| New Brunswick Drug Plan has great potential | |

| | |
|---|------------|
| Steve Morgan | 244 |
| Prescription drug spending flat, but not for long | |
| Steve Morgan and Kate Smolina | 247 |
| Canadians need to know more about the drugs we are taking | |
| Roojin Habibi and Joel Lexchin | 250 |
| Le public canadien mérite d'en savoir plus sur les médicaments qui nous sont prescrits | |
| Roojin Habibi et Joel Lexchin | 253 |
| How a national drug plan can boost the Canadian economy | |
| Marc-André Gagnon | 256 |
| Comment un régime d'assurance-médicaments national relancerait l'économie canadienne | |
| Marc-André Gagnon | 258 |
| Canada slow to respond to prescription opioid crisis | |
| David Juurlink | 261 |
| Le Canada tarde à réagir à la crise des opioïdes d'ordonnance | |
| David Juurlink | 264 |
| Prescription drug costs are hurting Canadians | |
| Danielle Martin and Steve Morgan..... | 267 |
| Les coûts des médicaments d'ordonnance pèsent lourd pour les Canadiens | |
| Danielle Martin et Steve Morgan..... | 270 |
| The continued medicalization of women's bodies | |
| Alan Cassels..... | 273 |
| Le corps des femmes est toujours médicalisé | |
| Alan Cassels..... | 276 |
| <u>Chapter 7: Mental Health</u> | 279 |
| What's stressing out our kids? | |
| Stuart Shanker | 280 |
| Qu'est-ce qui rend nos enfants si stressés ? | |
| Stuart Shanker | 283 |
| Prenatal stress can affect the fetal and infant brain | |
| Nicole Letourneau and Justin Joschko | 286 |
| Le stress parental peut nuire au cerveau du fœtus et du bébé | |
| Nicole Letourneau et Justin Joschko | 288 |
| Dads important to baby's development | |
| Nicole Letourneau and Gerald Giesbrecht | 291 |

| | |
|--|------------|
| Le père compte dans la vie d'une mère et contribue au développement de sa progéniture Nicole Letourneau et Gerald Giesbrecht | 293 |
| Why you can't see a psychiatrist Paul Kurdyak and David Goldbloom | 296 |
| Enjoy some digital family time together Nicole Letourneau and Justin Joschko | 299 |
| Le numérique et la vie de famille sont compatibles Nicole Letourneau et Justin Joschko | 301 |
| What I've learned after a decade of researching suicide Jitender Sareen | 304 |
| La prévention du suicide : un travail conjoint à l'échelle des communautés Jitender Sareen | 306 |
| Media coverage of youth suicide linked to increased emergency room visits for mental health distress Stephanie L. Leon and mario cappelli | 309 |
| Un lien est établi entre la couverture médiatique du suicide chez les jeunes et le nombre de visites à l'urgence pour des troubles de santé mentale Stephanie L. Leon and mario cappelli | 312 |
| <u>Chapter 8: Comparing Canadian and American Health Systems</u> | 315 |
| Canada fares better than the U.S. on value for health care dollars — but lags behind other developed nations Jody Heymann and Douglas Barthold | 316 |
| Le Canada affiche un meilleur rendement que les États Unis au chapitre du rendement des sommes investies dans la santé, mais inférieur à celui d'autres pays développés Jody Heymann et Douglas Barthold | 319 |
| David Dodge on why health care costs so much Trudy Lieberman | 322 |
| Entretien avec David Dodge sur le coût élevé des soins de santé Trudy Lieberman | 324 |
| Comparing U.S., Canadian health care systems Trudy Lieberman | 327 |
| Comparaison des systèmes de soins de santé canadien et américain Trudy Lieberman | 330 |
| U.S., Canadian health care systems share some challenges Trudy Lieberman | 333 |

| | |
|---|------------|
| Les défis qu'ont en commun les systèmes de soins de santé canadien et américain Trudy Lieberman | 335 |
| Why Canada shouldn't compete with the U.S. for the worst performing health system in the developed world Colleen Flood | 338 |
| Pourquoi le Canada devrait éviter de faire concurrence aux États-Unis pour le pire sys- tème de santé de tous les pays développés Colleen Flood | 341 |
| Canada and U.S. both ration health care — they just do it differently By Trudy Lieberman..... | 344 |
| Les soins de santé sont rationnés différemment au Canada qu'aux États Unis By Trudy Lieberman..... | 347 |
| <u>About the Editors</u> | 350 |
| Noralou Roos | |
| Kathleen O'Grady | |
| Shannon Turczak | |
| Camilla Tapp | |
| Lindsay Jolivet | |

Copyright

1st edition with content from November 2013 to November 2014

License to Republish: Our commentaries and videos are provided under the terms of a Creative Commons Attribution No-Derivatives license. This license allows for free redistribution, commercial and non-commercial, as long as it is passed along unchanged and in whole, with credit to the author and EvidenceNetwork.ca.

EvidenceNetwork.ca supports the use of evidence when reporting on health and health policy in the mainstream media. Specific points of view represented here are the individual author's and not those of EvidenceNetwork.ca. Let us know how we're doing: evidencenetwork@gmail.com

Edited by: Noralou Roos, Kathleen O'Grady, Camilla Tapp, Shannon Turczak, Lindsay Jolivet

Cover photo and image provided with permission from the artist and photographer "Course of Empire (Mixmaster 2), 2006" 2010, Art New Media Gallery, Warsaw, Poland

Inlaid maps, acrylic on panel by Matthew Cusick

Cover and pull quotes designed by Eileen Affeck/Folio Design

All other images were purchased through iStockphoto.com and Dollar Photo Club

Developed in Canada

ISBN 978-0-9916971-7-5

Acknowledgements

There are many people who contribute to the daily operations of EvidenceNetwork.ca and who have helped make this project a success over the last several years. All of them, whether directly or indirectly, also contributed greatly to the production of this book, which is the third in our [series of free eBooks](#) on Canadian health policy in the mainstream media.

Our journalist interns — Rebecca Cheung (2012), Lindsay Jolivet (2013) and Mélanie Meloche-Holubowski (2014) — have all taught us as much as we've contributed to their learning trajectory, and if they are a representative splice of this generation's emerging Canadian journalists, the country will be very well served. Our international visiting scholars — Dr. John Lister (2013) and Trudy Lieberman (2014) — both award-winning journalists, were generous with their time and insights into how we can inject more balanced policy-rich content into the news.

It takes a small army of Research Assistants and Regular Contributors to keep the quality media content flowing and to get it out into the wider world. For that we can thank Darrin Cohen, Eileen Boriskewich, Camilla Tapp, Ayat Mneina, Mireille Bohemier and Nanci Armstrong (Research Assistants); and Alex Peden, Neeta Das McMurtry, Ann Silversides and Lee Tunstall (Regular Contributors). Our Administrator and Website Editor, Shannon Turczak, as well as our Knowledge Translation Coordinator, Carolyn Shimmin, and Kristy Wittmeier, Director of Knowledge Translation (both seconded from the George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation) are invaluable for their day-to-day contributions but also as part of the decision-making team, helping to forge our future direction.

Of course the work of EvidenceNetwork.ca wouldn't be at all possible without the continued efforts of our more than [80 academic experts](#) — from across the country and internationally — who are prepared to field media interviews and author original material for publication in the mainstream press. They continue to commit to share balanced, non-partisan, evidence-based analyses of important health policy issues, no matter how controversial. Equally important are our media advisors who serve on the [Independent Media Advisory Committee](#): Mary Agnes Welch, Gillian Steward, Ann Rauhala, Janice Neil, Steve Buist, Dean Broughton and Tom Blackwell. They meet quarterly and help EvidenceNetwork.ca determine the best methods and tools for creating a sustained dialogue between health policy academics and journalists to better serve both distinct professions. Special thanks to other members of the media who have helped clarify what our role and responsibilities might be, including Gary Slywachuk, André Picard, John Cruickshank, Jeffrey Simpson, John Hinds, David McKie, Gerry Nott, Margo Goodhand, Nick Hirst and Gerald Flood — among many others.

Individuals and organizations who helped shape our project from the outset include

Christine Nunez and the Atkinson Foundation, Christine Pierroz, formerly of the Health Council of Canada, the Manitoba Centre for Health Policy, the Science Media Centre of Canada, Janine Harasymchuk at the University of Manitoba, Office of the Vice President, Research and International, Jennifer Thornhill Verma and her colleagues at the Canadian Foundation for Healthcare Improvement and Michelle Driedger at the Research in Science Communication Laboratory, University of Manitoba. We are also thankful for the past participation of co-founder, Sharon Manson Singer, who helped launch EvidenceNetwork.ca.

Other companies and individuals who regularly help shape our project include French translators, Margot Lacroix and Lou Lamontagne of Intersigne. Graphic Designer, Eileen Affleck of Folio Design provides many of our beautiful images and we get valuable professional editing and media strategy from QUOI Media Group. Our media placement agency, Troy Media, has helped us greatly expand our reach and branch out into hundreds of media outlets in every region of the country. The folks over at Lexi-Com help us with the upkeep and regular upgrading of our website, especially Nate Schmold.

And of course, crucial to our project is the continued funding of the Canadian Institutes of Health Research (2009-2015), Research Manitoba (2009-2015), and the George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation (2014-2015).

Together, this motley crew of journalists, academics, communicators, policy makers and funders have worked together with EvidenceNetwork.ca to help make evidence matter.

Noralou Roos, Director, and Kathleen O'Grady, Managing Editor, EvidenceNetwork.ca

Navigating the Evidence: Communicating Canadian Health Policy in the Media



Noralou Roos, Kathleen O'Grady, Shannon Turczak,
Camilla Tapp, Lindsay Jolivet

Introduction

For the last thirty years or so, Canadians have repeatedly flagged health care as the most important national concern and the issue they want their political leaders to prioritize. Surveys and studies and polls and panels — there have been plenty — all come up with the same finding: Canadians care about health care.¹

That doesn't mean we are satisfied with the health care system we have. These same data sources show that Canadians often have concerns over health care quality, timeliness and availability, and we frequently believe we are not getting the best health care bang for the buck. But one thing holds fast: Canadians want their health system to remain universal, publicly financed and based on need, not income.²

How health care is delivered in this country, to whom, where, and even how health providers are paid for health services is often the subject of vigorous debate. Whether it be public delivery, private, for-profit delivery or variations on private-public-partnerships — this is the stuff of heated polemic. This debate can be partisan with preferences frequently drawn down party lines and with differing perspectives across regions. But polls show that the vast majority of Canadians — across the political spectrum — continue to value our single-payer system (Medicare) to cover the costs for essential health services for all Canadians. Many pundits have pointed out that this viewpoint is so pervasive and long-standing that it is no longer just a Canadian preference, it has become a Canadian value.³

Nevertheless, we've had some significant changes to our health system in recent years. These include court challenges on how Medicare operates,⁴ substantial alterations in federal government funding formulas used to determine critical health care dollars⁵ and a variety of changes in what is classified as an "essential health service" from provincial and territorial governments. There have also been systemic reforms in hospital funding in many regions — not to mention shifts in health human resource availability and changes in technology (screening and pharmaceutical) that disrupt the traditional health care landscape. Then there's the perpetually evolving social and economic terrain that indirectly affects both our public policies and our health status, such as our aging population, growing economic inequities, challenges for affordable housing and childcare, among others.

All of this should be big news, right? Not so fast. It is terrifically strange to see health policy issues so important to Canadians frequently absent in media coverage. So where's the news?

Changing media landscape

The media landscape has changed dramatically over the last several years with legacy media outlets being elbowed from the front of the pack by pesky new online media sources with agile operations (unhampered by the restrictions and costs of a print medium) and nimble economic restraints (frequently engaging non-unionized, young re-

cruits).⁶ At the same time, Canadian patterns for media consumption are changing in a now predictable fashion: the dwindling of print broadsheets and magazines, particularly in the youngest demographics, and a steady upswing in the use of tablet and mobile devices to access both traditional and new media stories.^{7 8 9}

But there are some constants. Turns out, Canadians continue to be immersed in media stories about sports, the economy and the weather, in that order. How much might surprise many.

According to 2014 metrics, there were 10.9 million news items last year in Canadian media outlets (across mediums), and a whopping 37 per cent of those stories were sports-related. (Perhaps less surprising is that coverage of the NHL constituted 44 per cent of all Canadian sports news). Measured another way, of the top 50 news stories of 2014, 21 were related to sporting events.¹⁰

Canada also has the dubious honour of covering weather in the news 229 per cent more frequently than other countries. Let's not forget the economy and mostly national and regional (not international) politics. Nearly half of all of our media stories last year were about sports, politics and the economy.¹¹ You throw weather in there, and there's not room for much else.

Why does this matter? It's when you get to the bottom layer of data — the scrapings on the floor — that you find that the least covered news stories in Canada might be the most important. Turns out, we spend the least amount of media time on stories that address poverty, the elderly, education, childcare and aboriginal issues. These five issues amount to less than one tenth of the space devoted in the Canadian media to cooking, says one recent report.¹²

Health content does slightly better, but constitutes a minor blip of just over two per cent of all media stories.¹³

In other words, we are all too frequently entertained — and not educated — by our media outlets. The stories that help us understand what influences public policy and the factors that determine our health status — the so-called social determinants of health — are left largely untold. 'Health policy' writ large may be a topic of interest to Canadians, but it is not an easy sell for the media.

On the whole, it seems health policy issues are absent or thinly covered by the bulk of media outlets (television, radio, print and online) now available to the public. This is not the fault of journalists; Canada has some exceptionally talented public health reporters, including *the Globe and Mail's* André Picard, *Vox's* Julia Belluz, the *National Post's* Tom Blackwell, *Hamilton Spectator's* Steve Buist, *Winnipeg Free Press's* Mary Agnes Welch and freelancer Ann Silversides, to name just a few.

But since media outlets are struggling for survival, competing for precious ad dollars and strapped to meet the changing demands of a highly techno-savvy audience, policy rich stories are often left by the wayside. It is a constant struggle for health policy sto-

ries to compete for space in the media with sports, celebrity, economics and the weather — and ‘clickbait’ stories with snappy headlines and ever shorter, punchy narratives too often take over.

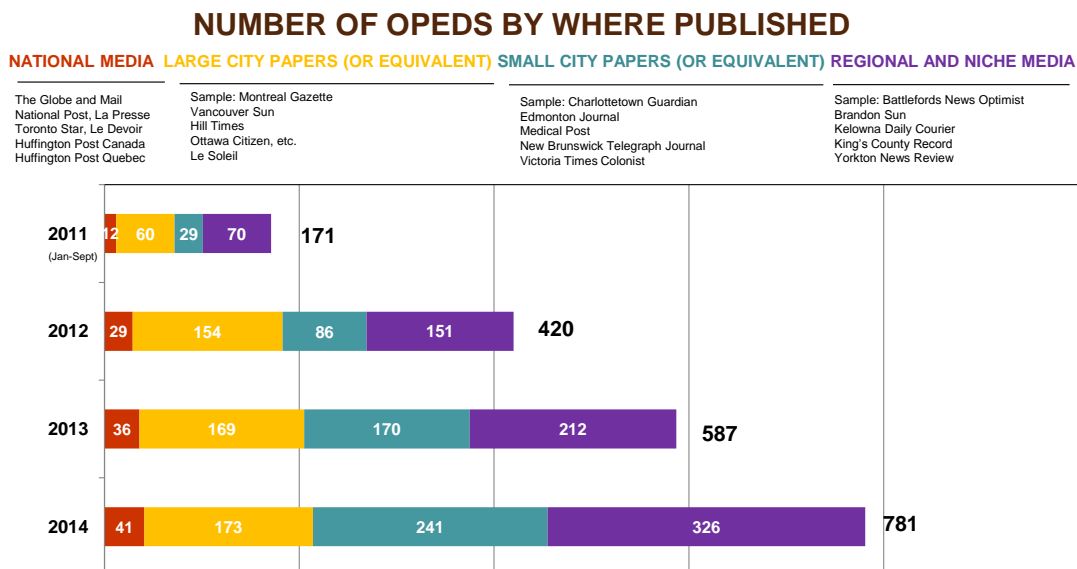
EvidenceNetwork.ca has tried to mitigate this reality and inject more health policy content into the news. How?

Partnership between journalists and health policy academics

Since 2011, we’ve worked to create a dialogue between Canada’s journalists and academic health policy experts to enrich the quality and quantity of health policy stories in the Canadian media. We work with a Media Advisory Board made up of journalists and professors of journalism from across the country who let us know what their needs, constraints and objectives are from a journalistic perspective. We also have a network of more than 80 health policy academics who are ready and available to be interviewed by the media and provide a non-partisan, evidence-based perspective from their areas of expertise.

Working together, we have created a number of tools for enabling media coverage of health policy issues in Canada, including the preparation of media backgrounders, infographics, posters, podcasts and videos that highlight the evidence, and we conduct webinars, seminars and conferences by and for both journalists and academics alike.

But our most successful initiative thus far has been having our academic experts author Op-Ed articles on health policy issues — highlighting the evidence; they work with a professional editor to follow specific media guidelines, and then we publish the commentaries in the biggest media outlets across the country. The table below illustrates how successful this strategy has been and how receptive media outlets have been to these stories — increasingly so.



EvidenceNetwork.ca Published OpEds 2011-2012

| Months 2011 | OpEds* Published per Month | Media Category A | Media Category B | Media Category C | Media Category D | Total Media Mentions |
|-------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|
| January | - | - | - | - | - | - |
| February | - | - | - | - | - | - |
| March | - | - | - | - | - | - |
| April | 4 | 0 | 3 | 3 | 15 | 21 |
| May | 10 | 2 | 15 | 5 | 25 | 47 |
| June | 3 | 2 | 10 | 5 | 8 | 25 |
| July | 3 | 1 | 5 | 1 | 5 | 12 |
| August | 2 | 1 | 3 | 5 | 4 | 13 |
| September | 4 | 2 | 6 | 0 | 2 | 13 |
| October | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| November | 7 | 2 | 9 | 9 | 8 | 28 |
| December | 4 | 1 | 9 | 1 | 3 | 14 |
| | 38 | 12 | 60 | 29 | 70 | 171 |

| Months 2012 | OpEds* Published per Month | Media Category A | Media Category B | Media Category C | Media Category D | Total Media Mentions |
|-------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|
| January | 6 | 1 | 5 | 0 | 5 | 11 |
| February | 16 | 3 | 26 | 3 | 23 | 55 |
| March | 6 | 3 | 6 | 4 | 7 | 20 |
| April | 3 | 0 | 6 | 4 | 6 | 16 |
| May | 9 | 2 | 14 | 10 | 14 | 40 |
| June | 7 | 3 | 9 | 5 | 11 | 28 |
| July | 13 | 6 | 25 | 10 | 22 | 63 |
| August | 6 | 2 | 11 | 15 | 20 | 48 |
| September | 12 | 3 | 18 | 3 | 8 | 32 |
| October | 6 | 0 | 8 | 7 | 12 | 27 |
| November | 6 | 3 | 16 | 9 | 12 | 40 |
| December | 9 | 3 | 10 | 16 | 11 | 40 |
| | 99 | 29 | 154 | 86 | 151 | 420 |

Media Category A – National Media: Globe and Mail, La Presse, Le Devoir, National Post, Toronto Star

Media Category B – Large city papers (Sample): Calgary Herald, Calgary Sun, Halifax Chronicle Herald, Hill Times, iPolitics, Le Soleil, Montreal Gazette, Ottawa Citizen, Ottawa Sun, Toronto Sun, Vancouver Province, Vancouver Sun, Winnipeg Free Press, Winnipeg Sun, etc.

Media Category C - Small city papers and equivalent (Sample): Charlottetown Guardian, Edmonton Journal, Guelph Mercury, Hamilton Spectator, Kingston Whig Standard, Le Droit, Leader-Times, Medical Post, New Brunswick Telegraph, NB Times and Transcript, Ottawa Life, Saskatchewan Star Phoenix, St. John's Times and Telegraph, Sudbury Star, Victoria Times Colonist, Waterloo Region Record, Windsor Star, etc.

Media Category D – Regional and niche media (Sample): Alaska Highway News, Battlefords News-Optimist, Belleville Intelligencer, Brandon Sun, Brooks Weekend Regional, Cambridge Times, Carstairs Courier, Chilliwack Times, Didsbury Review, Fox Creek Times, Kelowna Daily Courier, King's County Record, Lethbridge Herald, New Glasgow News, Okanagan Sunday, Penticton Herald, Ponoka News, Prince Albert Daily Herald, Red Deer Express, Rimbey Review, Slave Lake Scope, Shoreline Week, Sundre Roundup, Surrey Times, Sylvan Lake News, Victoria Star (New Brunswick) Wabasca Fever, Woodstock Bugle-Observer, Yorkton News Review, and other regional media not found above.

EvidenceNetwork.ca Published OpEds 2013-2014

| Months 2013 | OpEds* Published per Month | Media Category A | Media Category B | Media Category C | Media Category D | Total Media Mentions |
|-------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|
| January | 13 | 3 | 22 | 18 | 28 | 71 |
| February | 7 | 1 | 12 | 14 | 21 | 48 |
| March | 6 | 2 | 13 | 7 | 9 | 31 |
| April | 9 | 4 | 19 | 13 | 19 | 55 |
| May | 12 | 4 | 19 | 14 | 14 | 51 |
| June | 16 | 2 | 12 | 22 | 25 | 61 |
| July | 7 | 3 | 13 | 6 | 11 | 33 |
| August | 6 | 4 | 14 | 18 | 7 | 43 |
| September | 5 | 1 | 4 | 9 | 15 | 29 |
| October | 16 | 8 | 20 | 23 | 28 | 79 |
| November | 11 | 0 | 17 | 15 | 25 | 57 |
| December | 7 | 4 | 4 | 11 | 10 | 29 |
| | 115 | 36 | 169 | 170 | 212 | 587 |

| Months 2014 | OpEds* Published per Month | Media Category A | Media Category B | Media Category C | Media Category D | Total Media Mentions |
|-------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|
| January | 8 | 1 | 11 | 20 | 33 | 65 |
| February | 5 | 2 | 15 | 12 | 12 | 41 |
| March | 10 | 3 | 12 | 12 | 13 | 40 |
| April | 11 | 6 | 20 | 14 | 19 | 59 |
| May | 14 | 4 | 19 | 20 | 25 | 68 |
| June | 14 | 10 | 14 | 13 | 26 | 55 |
| July | 10 | 2 | 8 | 15 | 22 | 47 |
| August | 12 | 4 | 8 | 34 | 35 | 81 |
| September | 15 | 4 | 24 | 27 | 44 | 99 |
| October | 15 | 2 | 18 | 18 | 21 | 59 |
| November | 18 | 1 | 22 | 40 | 46 | 109 |
| December | 10 | 2 | 10 | 16 | 30 | 58 |
| | 142 | 41 | 173 | 241 | 326 | 781 |

Media Category A – National Media: Globe and Mail, La Presse, Le Devoir, National Post, Toronto Star

Media Category B – Large city papers (Sample): Calgary Herald, Calgary Sun, Halifax Chronicle Herald, Hill Times, iPolitics, Le Soleil, Montreal Gazette, Ottawa Citizen, Ottawa Sun, Toronto Sun, Vancouver Province, Vancouver Sun, Winnipeg Free Press, Winnipeg Sun, etc.

Media Category C - Small city papers and equivalent (Sample): Charlottetown Guardian, Edmonton Journal, Guelph Mercury, Hamilton Spectator, Kingston Whig Standard, Le Droit, Leader-Times, Medical Post, New Brunswick Telegraph, NB Times and Transcript, Ottawa Life, Saskatchewan Star Phoenix, St. John's Times and Telegraph, Sudbury Star, Victoria Times Colonist, Waterloo Region Record, Windsor Star, etc.

Media Category D – Regional and niche media (Sample): Alaska Highway News, Battlefords News-Optimist, Belleville Intelligencer, Brandon Sun, Brooks Weekend Regional, Cambridge Times, Carstairs Courier, Chilliwack Times, Didsbury Review, Fox Creek Times, Kelowna Daily Courier, King's County Record, Lethbridge Herald, New Glasgow News, Okanagan Sunday, Penticton Herald, Ponoka News, Prince Albert Daily Herald, Red Deer Express, Rimby Review, Slave Lake Scope, Shoreline Week, Sundre Roundup, Surrey Times, Sylvan Lake News, Victoria Star (New Brunswick) Wabasca Fever, Woodstock Bugle-Observer, Yorkton News Review, and other regional media not found above.

Do Op-Eds make a difference? Well, we are trying to track key outcomes. But we can say already that as a result of the publication of the Op-Eds, some of our academic experts have been invited to give testimony at court hearings, provide evidence at government proceedings, give presentations to royal commissions, invited to international conferences — real world consequences, in other words (and there are more). We've also seen published Op-Eds in one paper instigate stories in other media outlets, creating a kind of domino effect, and thus expanding the coverage of the topic further. We've also had several major broadsheets endorse a position in their editorial pages that was originally outlined in one of our Op-Eds. Social media sharing for many of our top stories has been in the thousands, ensuring an audience reach of several million for a single story. This hasn't happened once or twice, but multiple times, indicating that there's an appetite in our country for rigorous, meaty policy content on health policy issues.

This book is a selection of Op-Eds we've published in media outlets across the country (in both French and English) from October 2013 to October 2014. It thus provides a snapshot of Canadian health policy in the news. It is the third volume in our series (see also *[Canadian Health Policy in the News](#)* (2013) *[Making Evidence Matter in Canadian Health Policy](#)* (2014)) — all made available for free so that they may be read and used widely in educational settings.

Topics are organized by chapter headings that address issues such as our challenges with providing *[Mental Health](#)* care; new models for Pharmaceutical Policy and commentaries that flag the myths and truths about our *[Aging Population](#)* and how it will impact health services. *[Health Care Costs and Spending](#)* are always a concern and are raised by many of the essays here including the costs of health human resources and technology. Many of our academics address the ways in which *[Health is More than Health Care](#)* including such issues as poverty, housing and education, while others caution that *[More Care is Not Always Better](#)*. Still other commentaries highlight the dangers and opportunities with *[Private, For-Profit Solutions](#)* to health care funding and delivery, and others compare *[Canadian and American Health Systems](#)*.

Collected together, we hope these Op-Eds engage and enrich the dialogue and debate on a health care system that's so important to Canadians. As we head into a federal election year in 2015, it seems certain that many of these issues will come to the fore, and it serves our democratic system that they be aired and discussed with evidence as the foundation. With journalists and academics in partnership to communicate health policy in the news, we can help navigate the evidence together.

(Endnotes)

1 Harvey Lazar, John N. Lavis, Pierre-Gerlier Forest and John Church (eds), *Paradigm Freeze: Why It is so Hard to Reform Health-care Policy in Canada*, (Montreal: McGill-Queen's University Press) 2013, p. 1-2, 17.

2 Ibid, p. 1-20.

3 Ibid, p. 17.

4 Alex Peden, "Backgrounder: Court Challenges to One-Tier Medicare," EvidenceNetwork.ca, Oct. 15, 2014: <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/20743>

5 Livio Di Matteo, "Canada Health Transfer Changes: The Devil is in the Details," *iPolitics*, April 25, 2012: <http://www.ipolitics.ca/2012/04/25/canada-health-transfer-changes-the-devil-is-in-the-details/>

6 Pew Research Center, "State of the News Media: Overview," 2014 and Pew Research Centre, "Key Indicators in Media and News," 2014: <http://www.journalism.org/packages/state-of-the-news-media-2014/> and <http://www.journalism.org/2014/03/26/state-of-the-news-media-2014-key-indicators-in-media-and-news/>

7 Newspapers Canada, "2013 Daily Newspaper Circulation Data," May, 2014: <http://www.newspaperscanada.ca/daily-newspaper-circulation-data>

8 Tamara Baluja, "How well are Canadian newspapers doing with paywalls, tablets?" *J-Source*, Jan 24, 2014: <http://j-source.ca/article/how-well-are-canadian-newspapers-doing-paywalls-tablets>

9 Jonathan Obar, et al., "Mapping Digital Media: Canada," Open Media Society Foundations, Nov. 30, 2013: <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/mapping-digital-media-canada>

10 Félix B. Thiffault et al. (eds). "Influence: 2014 Report, An Overview of Major News Stories," Influence Communications, 2014 p. 17-21, 63, 68, 128: <http://www.influencecommunication.com/en/content/review-news-2014-report>

11 Ibid, p. 17-21.

12 Ibid, p. 18.

13 Ibid, 21. Health coverage fares slightly better in U.S. media according to a Kaiser Health Policy News report, consisting of 3.6% of all news content (2007-2008): <http://kff.org/other/health-news-coverage-in-the-u-s/>

More recent U.S. reports flag higher rates of health content, but this is likely due to the introduction of "Obamacare," Kaiser Health Policy News Index, January, 2015: <http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-policy-news-index-january-2015/>

Chapter 1: Aging Population

PEI proposal fails to spark CPP reform

ROBERT BROWN

Mid-December 2013, finance ministers across Canada met to consider an expansion to the Canada Pension Plan (CPP). One specific proposal for reform was that introduced by the PEI Finance Minister in September. Wes Sheridan outlined the need for an expansion of the CPP and then described in some detail his idea for a “wedged” expansion. This is not entirely new as the idea arises from work done by Professor Michael Wolfson of the University of Ottawa (previously of Stats Canada). So the ideas have academic foundations and support.

Unfortunately, the proposals were deep-sixed by the federal finance minister, Jim Flaherty, who stated that the Canadian economy was too fragile at this time for anything that would raise payroll taxes.

Expanding the CPP is not an easy matter. First, it is counter-intuitive to mandate poor workers to contribute extra money to the CPP when any extra benefits would just be lost to claw backs in their Guaranteed Income Supplement (GIS) benefits. In fact, given that there are several provincial income supplement plans, the loss of benefits could be a full \$1 for every extra \$1 of CPP benefit earned. So they would be forced to pay in money they really don't have to buy zero new net benefits.



The second important stumbling block is the fact that many research papers have found that the workers truly in need in the next generation of retirees are those who earn between 50 per cent of the Average Wage and 200 per cent of the Average Wage (i.e., between \$25,000 and \$100,000). Those below \$25,000 do fairly well through combined Old Age Security (OAS), GIS and CPP benefits. Workers earning over \$100,000 appear to be able to take care of themselves with the tax incented vehicles now available.

These two reasons are precisely why PEI was proposing a new wedge benefit. Here's

how — and why — it would work.

First, any new tier of benefits would be fully funded. That is, each generation of workers would pay in full for their own benefits. There would be no inter-generational transfers. This also means that the absolute full impact of any reforms would not be felt until 39 years from now. So starting soon is very important.

Today, the CPP provides an inflation-protected defined benefit that replaces 25 per cent of earnings up to approximately \$50,000. Contributions are 9.9 per cent of earnings or a maximum of about \$4,600 (but split 50/50 with one's employer). Currently the maximum annual CPP benefit is about \$1,000 a month or \$12,000 a year. The average payment is about half of this or \$500 per month.

The proposal would expand the CPP starting at earnings of \$25,000. No new contributions or benefits would exist for those earning \$25,000 a year or less. They would continue to depend on their OAS/GIS/CPP. Pensionable earnings would be expanded up to \$100,000 and there would be a new tier of benefits, and would bring maximum benefits to a 33 per cent replacement ratio versus today's 25 per cent.

This could be paid for with new contributions of about 3.1 per cent (shared 50/50 with one's employer — so 1.55 per cent each) starting at \$25,000.

Assuming a 40-year career, for workers earning \$40,000, their contributions would increase by a total of \$465 a year (split 50/50). This would bring an estimated increase in CPP benefits of \$2,250 per year.

Someone earning \$75,000, would pay extra contributions of \$1,550 (split 50/50) and would see a \$7,500 rise in pension benefits annually. The maximum increase in benefits would be \$11,250 — almost double the current maximum benefit under the existing plan.

The PEI proposal stated that these changes would be phased in over a relatively short period of time (two to three years). Further, Minister Sheridan argues that the new contributions are not taxes because they are buying real benefits.

It is not easy to amend the CPP. It requires the approval of two thirds of the provinces with two thirds of the population of Canada (including Québec). And, as we saw on Monday, it can be nixed by a single party: the Federal Minister of Finance.

The PEI proposal was carefully thought out and deserved serious consideration. The time for pension reform is now. PEI has a viable solution. It will be interesting to see if the announced Ontario “go-it-alone” proposals will use the PEI model. It wouldn't be a bad place to start.

Robert Brown is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a fellow with the Canadian Institute of Actuaries. He was a professor of actuarial science at the University of Waterloo for 39 years and a past president of the Canadian Institute of Actuaries.

(December 2013)

A version of this commentary appeared in *the Charlottetown Guardian*, the *Guelph Mercury* and the *Miramichi Leader*.

Pension reform — lessons from Australia

ROBERT BROWN

Canadians are being told that we might learn a lot from pension reforms that took place in Australia starting in 1992. That, for sure, is correct.

We can learn that retiring with any real level of financial security is expensive. Employers in Australia must contribute a minimum of nine per cent of an employee's gross earnings into a privately managed fund and these contributions will rise to 12 per cent by 2019-20. It seems strange that those proposing a move to the Australian model were the same players who opposed a recent Canada Pension Plan (CPP) reform proposal that would have cost employers 1.55 per cent of pay (matched by employee contributions).

If Canadian employers will not accept a 1.55 per cent rise in contributions how will they ever accept 12 per cent contributions?

The Australian contributions go into individual accounts that are privately managed. There is a wide variety of choices here and these funds compete heavily (e.g., advertise a lot) for the worker's money. These accounts are very similar in nature to Canada's RRSP system. Again, if you can't get Canadian employers to set up Group RRSPs for their workers how will you get the Australian system to work here?



The only way to make it work is to make the system mandatory, as it is in Australia. So, no advantage here over the CPP which, of course, is mandatory.

Because the Australian monies go into individual accounts, we are told that gives the individual worker full flexibility in how to invest his or her funds. Sounds attractive. But change the word flexibility to responsibility. Canadian workers would now be fully responsible for investing their funds. You would not have the CPPIB doing the investing

for you.

Most Canadian workers realize that they are not equipped for this task. So, they will turn to fund managers to do the investing for them. Now, that comes at a cost — a very high cost.

Canadian fund managers charge anywhere from 1.5 to three percentage points (management expense ratio) to actively manage your money. These management expense fees are killers in a low return economy as we now have. Every additional one per cent fee over a 40-year period reduces final assets by about 20 per cent. Stated another way, a three per cent fee per annum will cut in half your retirement replacement rate (your standard of living) versus an account with no fees.

In this matter, Australia is no shining example. Despite the mandatory “Superannuation” system there, management fees still range from 1.5 per cent to 1.75 per cent. Canada’s CPP operates with an expense ratio of less than one per cent.

There is also no evidence that these fees for active management reap the fund holder any higher returns. Passive accounts do just as well on average (and after the impact of the fees is taken into account, passive investing does much better on average).

Then, we come to retirement. When you retire in Canada, you let the CPP administration know that you want your cheques started. And that’s what happens. You start to get monthly pension cheques. Not only that, but your retirement benefit is indexed to inflation.

Now, in Australia, you get a lump sum pay-out (hardly any Aussies annuitize their lump sum). Once again, you have to manage your retirement on your own. Now, even if you knew exactly when you were going to die, this would be difficult, but when you have no idea of your personal life expectancy, this is a problem beyond the capabilities of the average Canadian.

So, the Australian system would cost employers about twice as much as the CPP (nine per cent rising to 12 per cent versus 4.95 per cent). Both systems have mandatory employer contributions. But, the Australian system leaves all of the risk such as investment risk, timing risk, inflation risk, longevity risk on the shoulders of the individual worker, whereas the CPP spreads these risks across the shoulders of all Canadians.

So, maybe there is something to learn from the Australian model. The lesson is that we can do it better here.

Robert Brown is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a fellow with the Canadian Institute of Actuaries. He was a professor of actuarial science at the University of Waterloo for 39 years and a past president of the Canadian Institute of Actuaries.

(January 2014)

A version of this commentary appeared in the *Vancouver Sun*, the *Huffington Post* and the *Winnipeg Free Press*.

Government on right track with Target Benefit pension plans

By sharing some risks, workers can achieve higher investment returns

ROBERT BROWN

In a speech in Toronto last week, Kevin Sorensen, Minister of State for Finance, introduced details of a new “hybrid” pension plan proposed for all federal workers and other corporations under federal pension regulation. He referred to these proposed plans as Target Benefit Pension Plans.

One can understand Target Benefit plans more easily by reviewing the existing polarized options for pensions in Canada: Defined Benefits (DB) Plans (common among the Public Service) and Defined Contribution (DC) Plans (common in the Private Sector if one has a pension at all).

In a DB Plan, the plan sponsor (for the Public Service that means you, the taxpayer) is responsible for all plan risks. These include investment risks (think 2008), longevity risks (everyone seems to want to live longer and longer), expense risk and so on. The worker is told up front in a clearly stated formula what benefit they will get in retirement (e.g., two per cent of your final pay times years of service or \$2,350 per year of service). If the costs of such DB benefits rise, then the plan sponsor must pay the difference.

In many of these DB plans, the purchasing power of such guaranteed benefits is also guaranteed by having a Cost of Living Increase each year equal to the full change in the Consumer Price Index. Nice deal.

In a DC Plan, the plan sponsor makes a defined contribution to a Capital Accumulation Plan. It might be some percentage of pay or some set dollar amount per hour, but it is defined and set. All risks associated with pensions (investment risk, longevity risk and so on) are borne by the worker. So, if 2008 is repeated, you could easily lose 30 per cent



of your Capital Accumulation and have to work years longer than you ever imagined to attain retirement income security.

But, perhaps equally as important, when you retire, you have to decide how to “draw down” your accumulated wealth as monthly retirement income. This is a horrible dilemma for one individual facing two huge unknowns going into retirement. You can’t know for sure what rate of interest your funds will earn and you have no idea (or at least only a very foggy idea) of how long you will live.

Very few workers transfer this longevity risk to an insurance company by buying a life annuity, because, for a variety of reasons, annuities are very expensive today. Instead, most workers respond by moving to more conservative and liquid assets like bonds, which pay very low rates of return. Further, they plan their draw down to last longer than their expected lifetime so as not to fall into bankruptcy late in life. Both actions lower your monthly income.

A Target Benefit Pension Plan, as proposed by the federal government, mitigates most of these risks to a large extent, making it a very good idea.

Your plan will be backed by a huge asset pool that can invest in more stable assets like private equity and infrastructure. If 2008 occurs again, you will feel an impact, but it should be somewhat softened and it should be temporary (by 2013, virtually all asset values have returned to their 2007 levels, if not beyond). Further, a large asset pool will not have to sell its assets in the middle of a severe downturn.

Equally important, you can now share your longevity risk with all members of the plan. This will allow the plan to remain invested in higher yielding assets such as stocks and private equity. And, you will be guaranteed a monthly income cheque for life.

The absolute amount of that cheque, however, is not fully guaranteed. A financial meltdown like 2008 might mean that benefits have to be lowered, even if only temporarily. And you should expect that any Cost of Living increase will be dependent on the plan funding being healthy.

But you decide. Would you rather have a DC plan where you, as an individual, carry all of the risks? Or would you rather have a Target Benefit plan where you share the risks with your employer and all of the other participants in the plan? Or, more realistically in the private sector, would you rather have no pension plan at all?

With this proposed policy, the government is on the right track.

Robert Brown is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a fellow with the Canadian Institute of Actuaries. He was a professor of actuarial science at the University of Waterloo for 39 years and a past president of the Canadian Institute of Actuaries.

(April 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post* and *Ottawa Life*.

Dying well

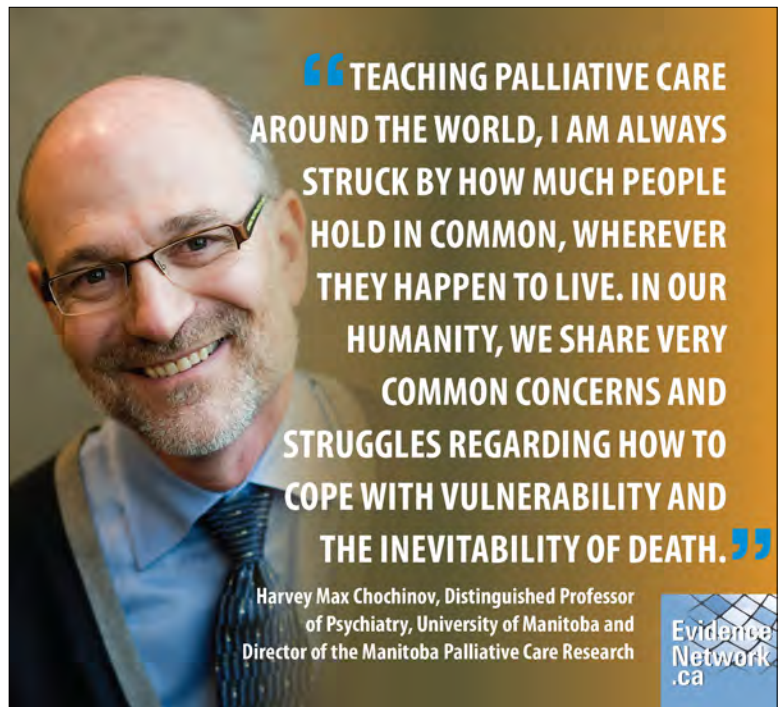
Why we all need to have end of life conversations

HARVEY MAX CHOCHINOV

The last time I was in Israel, I went on some home visits with a palliative care physician in the town of Sfat near the Sea of Galilee. My colleague, a devout Jewish doctor, took me to several homes to offer advice on managing his most serious, terminally ill patients. One older Chassidic Rabbi was dealing with an advanced lung cancer, and having a difficult time accepting any kind of help from his young adult children. Next was a young Sephardic woman with advanced ovarian cancer, living in a small apartment with her mother and feeling abandoned by her other siblings. Then there was an elderly widow with far advanced breast cancer, struggling to get through her days because of poorly controlled pain.

In each encounter, the room would eventually fall silent, anticipating my response. To the ailing rabbi I said, “Children usually want to be with their parents when they are ill; it’s a way of expressing that they care;” to the Sephardic young woman, I asked, “Do you think your brothers and sisters are keeping their distance because they are indifferent or because they find it painful to see you so sick;” and to the elderly woman I said, “You’ll be feeling much better once your pain is under better control.”

In each instance, nothing I said struck me as particularly profound, until, that is, I witnessed their responses. The rabbi shed a tear, thanked me and shook my hand. The Sephardic woman smiled as she let go some of her anger towards her brothers and sisters; and the elderly woman quickly retrieved a plastic bag, which she proceeded to fill with the various dried fruits and homemade pastries that bedecked her table and handed them over to me.



Teaching palliative care around the world, I am always struck by how similar people are, wherever they happen to live. In our humanity, we share very common concerns and struggles regarding how to cope with vulnerability and the inevitability of death.

Whenever my plane takes off, I always think about how air travel is the perfect metaphor for life and death. The moment we are born, our lives take flight. Some people remain airborne longer than others; some run into more turbulence than others. Yet, most people are so engaged in the journey, they ignore the fact that landings are inevitable. Working in palliative care, I can assure you, there is a world of difference between a good and gentle landing, as opposed to just “crash and burn.”

In our aversion to death, we are like the airline passenger who only wants to think about the free food and complementary drinks; check out what movies are available, and periodically, look out the window and enjoy the view. Focusing on the flight lets us shut out the reality that the ground we see off in the far distance is ground each and every one of us, without exception, must inevitably return to.

Not acknowledging death does not make it go away, anymore so than talking about it will somehow hasten its arrival.

Discussing death allows you to make plans and to make your wishes known to loved ones. It allows you to state your preferences, affirm your values and clarify your choices. Study after study indicates that it increases the likelihood that you will get the care you want, when you want it and where you want it and that it could spare your family the anguish of having to make a decision on your behalf, should you no longer be able to communicate, without knowing what you might have wanted under the circumstances.

These conversations do not have to wait until someone is dying. They simply acknowledge that death is woven into our DNA; that it is inescapable.

If all this sounds too daunting, here is some language you might want to consider. Imagine turning to the person you have in mind and begin by saying something like, “I love you.” If that feels like a stretch, you can always start with: “Look, I care about you, most of the time” or “What matters to you matters to me.” “When one of us gets sick or is facing the end, is there anything we should know about each others wishes, to make sure we each get what we want?” You can also speak with your doctor and ask him or her about an advance directive and naming a health care proxy — that is, someone who will speak on your behalf when you are no longer able to do so for yourself.

Does that really sound so difficult? Do you really think that you are likely to hurt someone you love or care about by saying “I want to be able to make good choices for you, so tell me whatever you think I need to know to get it right.”

After all, who doesn’t want a gentle landing, as life itself comes to a complete and final stop.

Harvey Max Chochinov is an advisor to EvidenceNetwork.ca, a distinguished professor of psychiatry at the University of Manitoba, Canada research chair in palliative care and director of the Manitoba Palliative Care Research Unit.

(April 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Vancouver Province* and the *Hamilton Spectator*.

Mourir dignement

Pourquoi nous devrions tous discuter de la fin de la vie

HARVEY MAX CHOCHINOV

La dernière fois que je suis allé en Israël, j'ai accompagné un médecin en soins palliatifs de la ville de Sfat, près de la mer de Galilée, dans quelques-unes de ses visites à domicile. Mon collègue, un médecin juif dévoué, m'a amené dans plusieurs foyers pour lui offrir des conseils sur les soins à apporter à ses patients les plus gravement malades et en phase terminale. Nous avons vu un rabbin hassidique aux prises avec un cancer du poumon avancé, qui avait de la difficulté à accepter toute forme d'aide de ses enfants, maintenant de jeunes adultes. Nous avons ensuite visité une jeune Juive séfarade atteinte d'un cancer de l'ovaire également avancé, qui vivait avec sa mère dans un petit appartement et souffrait de se sentir abandonnée de ses frères et sœurs. Puis il y a eu une femme veuve âgée souffrant d'un cancer du sein très avancé et qui avait de la difficulté à passer ses journées en raison d'une douleur mal maîtrisée.

Lors de chaque rencontre, la pièce s'emplit de silence, tous attendant une réponse de ma part. Au rabbin souffrant, j'ai dit : « Les enfants veulent habituellement être près de leurs parents lorsqu'ils sont malades; c'est une façon d'exprimer qu'ils tiennent à eux »; à la jeune Séfarade, j'ai répondu : « Croyez-vous que vos frères et sœurs sont peu présents par indifférence ou parce qu'ils trouvent difficile de vous voir si malade »; à la femme âgée, j'ai dit : « Vous vous sentirez beaucoup mieux lorsque la douleur sera mieux maîtrisée ».



Dans chaque cas, rien de ce que j'ai dit ne m'a semblé être particulièrement profond, jusqu'à ce que j'assiste à leur réaction. Le rabbin a versé une larme et m'a remercié en me serrant la main. La jeune séfarade a souri en laissant s'évanouir sa colère contre ses frères et sœurs. Quant à la femme âgée, elle est rapidement allée chercher un sac de

plastique qu'elle a rempli de divers fruits séchés et de pâtisseries maison posées sur sa table, et elle me l'a tendu.

Lorsque j'enseigne les soins palliatifs au travers le monde, je suis toujours surpris de constater à quel point les gens se ressemblent, quel que soit l'endroit où ils vivent. Étant tous humains, nous avons des préoccupations très semblables et la même difficulté à composer avec la vulnérabilité et le caractère inévitable de la mort.

Quand je prends l'avion, où que je sois, je me fais toujours la réflexion que les voyages aériens sont une parfaite métaphore de la vie et de la mort. Le jour de notre naissance, notre vie prend son envol. Certaines personnes restent dans les airs plus longtemps que d'autres, et certaines vivent plus de turbulences que d'autres, mais la plupart, malgré tout, demeurent si absorbées par leur voyage qu'elles oublient que le moment de l'atterrissage viendra inévitablement. Travaillant dans le domaine des soins palliatifs, je peux vous assurer qu'il y a tout un monde entre un atterrissage calme et en douceur, et un écrasement soudain et brutal.

Dans notre aversion de la mort, nous sommes comme les passagers d'un avion qui ne s'intéressent qu'aux repas et aux boissons qu'on leur sert gratuitement, qui vérifient les films offerts et qui, périodiquement, jettent un œil au hublot afin de contempler la vue. En nous concentrant sur le vol, nous nous détournons de la réalité du sol qui est si loin sous nos pieds, ce sol auquel nous tous, sans exception, devons retourner inéluctablement.

Ne pas reconnaître la réalité de la mort ne la fait pas disparaître, pas plus qu'en parler ne précipitera sa venue.

Discuter de sa propre mort permet de la planifier et de transmettre ses volontés aux personnes qu'on aime. Cela permet également d'exprimer ses préférences, d'affirmer ses valeurs et de préciser ses choix. Les études indiquent les unes après les autres que les personnes qui parlent de leur mort sont plus susceptibles de recevoir le traitement qu'elles ont souhaité, à l'endroit et au moment voulus, et que, ce faisant, elles évitent à leur famille l'angoisse de devoir, dans l'éventualité où elles perdraient la capacité de communiquer, faire des choix à leur place sans savoir ce qu'elles auraient voulu en de pareilles circonstances.

Nul n'a besoin d'attendre qu'une personne soit mourante pour tenir de telles conversations. Il suffit simplement de reconnaître que la mort est inscrite dans notre ADN, et qu'elle est par conséquent inévitable.

Si tout cela semble intimidant, voici quelques façons d'aborder le sujet. Imaginez-vous avec la personne que vous avez en tête. Vous vous tournez vers elle et vous commencez par lui dire quelque chose comme « Je t'aime ». Si cela vous paraît un peu trop fort, vous pourriez toujours commencer par une phrase comme « Écoute, je tiens à toi, la plupart du temps » ou « Ce qui est important pour toi l'est aussi pour moi ». Vous pouvez en-

suite enchaîner : « Quand l'un de nous deux sera malade ou au seuil de sa mort, y a-t-il quelque chose que nous devrions savoir à propos des volontés de l'autre, afin de nous assurer que chacun recevra ses volontés? » Vous pouvez également discuter de ces questions avec votre médecin ou lui demander comment formuler une directive préalable et nommer un ou une mandataire en matière de traitement médical, c'est-à-dire une personne qui parlera en votre nom si jamais vous n'êtes plus en mesure de le faire.

Est-ce que tout cela semble si difficile? Croyez-vous vraiment que vous pourriez blesser une personne que vous aimez ou à laquelle vous tenez en lui disant : « J'aimerais être en mesure de faire les bons choix pour toi, c'est pourquoi il est important que tu me dises tout ce que tu crois que je dois savoir pour que je fasse les choses comme elles doivent être faites ».

Après tout, qui ne souhaite pas atterrir en douceur, lorsque la vie elle-même se termine et arrive à sa destination finale.

Harvey Max Chochinov est conseiller à EvidenceNetwork.ca. Il est également professeur distingué de psychiatrie à l'Université du Manitoba, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en soins palliatifs et directeur de l'Unité de recherche en soins palliatifs du Manitoba.

(avril 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Drugging seniors at nursing homes is not a solution for funding shortfalls

Federal leadership needed for nursing homes to improve care quality

NICOLE F. BERNIER


Those living in a regulated nursing home are likely in the frailest condition of their lives, and approaching the end of life. The individual reasons for entering a nursing home are many, but commonly, residents require intense personal care for an indefinite period of time. Nursing home residents often require significant assistance because many suffer from chronic conditions which impair their capacity to live on their own. Residents rely heavily on the nursing home to ensure their protection and well-being.

So it is paradoxical — some would say tragic — that nursing home residents are too often put on drugs they don't need, which can be dangerous, and may even kill them.

There is accumulating evidence that antipsychotic medication is used excessively in some nursing homes. A recent [Toronto Star investigation](#) revealed that many provincially-regulated nursing homes in Ontario are routinely drugging their residents to calm and restrain them when they are agitated, have a tendency to wander or display aggressive behaviours. It also revealed that 33 per cent of Ontario's nursing home residents are on an anti-psychotic drug.

While Ontario is currently in the spotlight, similar headlines appear on a recurrent basis across Canada. A recent report by the Canadian Institute for Health Information found that the odds that a senior person living in a Canadian nursing home will be given antipsychotics are nine times higher than for the elderly living in the community. The report showed that about 41 per cent of nursing home residents in Canada received at least one antipsychotic in 2012.

How long will the elderly in nursing homes be served unnecessary and potentially dan-



“THERE IS ACCUMULATING EVIDENCE THAT ANTIPSYCHOTIC MEDICATION IS USED EXCESSIVELY IN SOME NURSING HOMES.

RESEARCH SHOWS ODDS THAT A SENIOR PERSON LIVING IN A CANADIAN NURSING HOME WILL BE GIVEN ANTIPSYCHOTICS ARE NINE TIMES HIGHER THAN FOR THE ELDERLY LIVING IN THE COMMUNITY.”

Nicole F. Bernier is research director of the Faces of Aging program at the Institute for Research on Public Policy

Evidence
Network
.ca

gerous drugs when what they actually need are better provisions for long-term care?

Warnings on drugs labels are unequivocal: for those who suffer from dementia, anti-psychotics are dangerous. These drugs, when inappropriately prescribed in this manner, may increase the risk of death by 60 per cent and can kill. Health Canada does not approve them for the elderly with dementia, yet large numbers of nursing home residents on these drugs suffer from this condition. Residents may also receive other drugs that may be unnecessary and risky for them, such as the anti-anxiety medication lorazepam or the antidepressant amitriptyline.

Ensuring seniors remain calm and easy to manage is not what residents suffering from dementia personally need the most from nursing homes, but this may be what nursing homes need from them. The evidence suggests that in several cases these facilities are using prescription drugs as a cost-effective way to deal with their residents' unwanted behaviours.

Provinces typically express concern when such issues are raised. policy-makers establish new guidelines, promise to better educate doctors and stakeholders and may even make data about drug use in nursing homes publicly accessible. Sadly, this has not been enough as evidenced by the large numbers of seniors in these institutions who continue to take unnecessary medications. More — and different — action is needed to ensure an efficient response.

The evidence suggests that behavioural interventions and improved management of dementia can significantly reduce the need for antipsychotic medication. Such solutions require better-designed, better-equipped and better-staffed nursing homes. How well prepared are we to provide these conditions?

The core problem lies in the largely insufficient funding levels for nursing homes at the same time that this sector is facing a rapidly growing demand for services. Significant investments will be needed for nursing homes even if the goal is limited to maintaining the status quo. Strong determination is needed from politicians and policy-makers if they seek to improve the current conditions.

But who will take the lead? Provinces can certainly do better. But some of the tools needed — including better funding and national standards for long-term care — require a meaningful involvement from the federal government. Effective leadership from the federal government is the essential first step.

There's one thing we know for certain: Using prescription drugs as a response to nursing home struggles with staffing shortages and insufficient resources is not a solution.

Nicole F. Bernier is research director of the Faces of Aging program at the Institute for Research on Public Policy.

(May 2014)

A version of this commentary appeared in the *Toronto Star*, the *Huffington Post* and the *Montreal Gazette*.

Droguer les aînés n'est pas une solution au manque de financement

Ottawa doit prendre l'initiative d'améliorer la qualité des soins dans les maisons de soins infirmiers

NICOLE F. BERNIER

Arrivées au crépuscule de leur vie, les personnes âgées hébergées en maison de soins infirmiers sont généralement dans un état de grande fragilité. Elles y sont admises pour des raisons variées, mais la plupart du temps, c'est pour y recevoir des soins personnels intensifs pendant une période indéterminée. Un grand nombre de résidents souffrent de maladies chroniques qui les empêchent de vivre de manière autonome. Leur sécurité et leur bien-être dépendent alors pour l'essentiel de leur prise en charge par les centres d'hébergement.

Il est paradoxal — certains diraient même tragique — que l'on administre aux résidents des maisons de soins des médicaments dont, trop souvent, ils n'ont pas besoin, et qui sont susceptibles d'être nocifs au point de les tuer.

Les preuves à cet égard s'accumulent : dans certains établissements, on aurait recours de plus en plus souvent aux antipsychotiques. Une enquête récente du *Toronto Star* a révélé qu'en Ontario, un grand nombre de centres réglementés par la province droguent régulièrement leurs patients dans le but de les calmer et de les maîtriser lorsqu'ils sont agités, ont tendance à errer ou se comportent de façon agressive. Selon le quotidien, 33 pour cent des résidents seraient soumis à un traitement antipsychotique.



Même si l'Ontario se retrouve aujourd'hui sous les projecteurs, des nouvelles du même genre font périodiquement la une des journaux d'un bout à l'autre du pays. Récemment, un rapport publié par l'Institut canadien d'information sur la santé concluait que les personnes âgées hébergées en maison de soins infirmiers étaient neuf fois plus à risque

de recevoir des antipsychotiques que celles qui vivent dans la collectivité. En 2012, 41 pour cent des résidents au Canada auraient reçu au moins un médicament de ce type.

Pendant combien de temps encore administrera-t-on aux aînés dans ces établissements des médicaments inutiles et potentiellement dangereux, alors que ce dont ils ont réellement besoin, ce sont des meilleurs soins de longue durée ?

Les avertissements sur les étiquettes des médicaments sont sans équivoque : les antipsychotiques sont nocifs pour les personnes atteintes de démence et peuvent même les tuer. Santé Canada n'a pas approuvé leur usage dans les cas de démence sénile; pourtant, bon nombre des aînés qui les reçoivent souffrent précisément de ce trouble. Par ailleurs, on administre parfois inutilement aux aînés des médicaments qui peuvent poser certains risques, notamment des anxiolytiques comme le lorazépam ou des antidépresseurs comme l'amitriptyline.

Faire en sorte qu'ils restent calmes et dociles ne fait pas partie de ce dont les résidents atteints de démence ont le plus besoin, mais cela pourrait bien répondre aux besoins des maisons de soins infirmiers. Dans plusieurs cas, tout porte à croire que les médicaments d'ordonnance sont un moyen peu coûteux pour les établissements de neutraliser les patients ayant des comportements indésirables.

Lorsqu'on dénonce ce genre de problème, les provinces réagissent en général. Leurs responsables établissent de nouvelles lignes directrices, promettent de mieux former médecins et intervenants et parfois même, s'engagent à publier des données sur l'administration des médicaments aux aînés dans les maisons de soins de longue durée. Malheureusement, cela n'est pas suffisant, comme le confirment d'ailleurs les chiffres sur le nombre élevé d'aînés qui continuent d'y recevoir des traitements inutiles. Pour véritablement changer les choses, il faudra prendre des mesures supplémentaires — et différentes.

Les recherches indiquent que l'intervention comportementale et une meilleure prise en charge de la démence pourraient sensiblement réduire la nécessité de recourir aux antipsychotiques. Les solutions de ce type requièrent des maisons de soins infirmiers mieux conçues, mieux équipées et mieux dotées en personnel qu'elles ne le sont aujourd'hui. Sommes-nous prêts à fournir de telles conditions?

Le cœur du problème réside dans le financement largement insuffisant accordé aux établissements alors que la demande ne cesse de croître. Au cours des prochaines années, avec le vieillissement démographique, il faudrait consentir des investissements importants rien que pour maintenir le statu quo. Les politiciens et les décideurs devront faire preuve de détermination s'ils entendent améliorer les conditions actuelles.

Mais qui saisira le flambeau ? Les provinces peuvent assurément améliorer leur bilan à ce chapitre. Néanmoins, la mise en place de certaines ressources nécessitera une participation authentique du gouvernement fédéral, qui devra notamment améliorer le fi-

nancement et instaurer des normes nationales en matière de soins de longue durée. Une première étape essentielle exigerait qu'Ottawa prenne l'initiative afin de rehausser les soins de longue durée.

Une chose est sûre: le recours aux médicaments d'ordonnance n'est pas une solution adéquate pour contrer le problème du manque de personnel et de ressources avec lequel se débattent aujourd'hui les maisons de soins infirmiers.

Nicole F. Bernier est directrice scientifique du programme « Les défis du vieillissement » à l'Institut de recherche en politiques publiques. Elle est également conseillère auprès du site EvidenceNetwork.ca.

(mai 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec* et *Le Soleil*.

Why we need to rethink the nursing home model

We don't need more nursing home "beds," we need more care options so that people have choices

VERENA MENEC

How many nursing beds are needed in Canada to care for frail, elderly people with high care needs? That's a question that policy-makers across the country are grappling with, given the aging population and especially the rapidly growing number of very elderly people over the age of 85.

Many people, as they age, eventually need some help with daily activities like housework or shopping, but with some help they can stay in their own homes. Some people, though, particularly those who reach their 80s or 90s, or even 100, eventually need more help than that, such as help with getting in and out of bed, eating and using the toilet. When care needs are this great, admission to a nursing home — or what are also sometimes called long-term care facilities or personal care homes — is usually the only option.

Should we really be talking about how many nursing home beds are needed — as politicians, media and health policy people all do? Or shouldn't the question be, "How many more homes are needed for frail older people who need care?" One might argue that "bed" is just a manner of speaking, a way to simplify the language. But language does matter; it reflects assumptions and it limits thinking.

The language of "beds" fits with a medical model. It evokes images of institutions, people who are sick lying in beds, long impersonal hallways. The idea of a "home" brings to mind entirely different images. The smell of homemade cooking, a favourite arm chair, a window to look out of and watch people going by and, ultimately, the feeling of a place where one is comfortable and safe.

There have been considerable strides in the last few decades in making nursing homes feel less institutional. Older institutions have been refurbished so most, if not all, residents have a room to themselves, people are encouraged to personalize their rooms, and the staff is often very caring. Newer nursing homes sometimes consist of smaller



units to create a more intimate feel. Yet, fundamentally, they are still institutions.

What if the starting point for thinking about nursing homes is to take the idea of the “home” seriously? Would the result be different?

Models that do just that exist, but they are still the minority. Some use the language of “villages,” suggestive of a small, intimate community where everybody knows each other and looks after each other. In the Netherlands, a village has been created for people with dementia where they can shop, go eat in a restaurant, and live as normally as possible for as long as possible.

Other models offer self-contained housing units, each accommodating a small number of residents, akin to a group home. The emphasis is on re-creating the home experience by being small scale and home-like in layout and furnishings. The philosophy of care in these settings emphasizes people’s dignity and right to continue to live life to the fullest, despite care needs.

The vast majority of older people want to age in place in their own home. When staying in their own home is no longer possible, should people not have the option of living in a home-like setting, rather than an institution? Would we not want that for our mother, father, grandmother or grandfather?

The crux of the matter is, of course, that there are typically few choices. Elderly individuals and their family members are restricted by what is currently available. When a bed in a nursing home becomes available, there is not much choice but to take that option. And there is tremendous pressure on hospitals to discharge elderly people who can no longer go home to nursing homes — they are sometimes called “bed blockers,” yet another word that evokes many negative images.

We need a different philosophy to underlie nursing homes. And it starts with the language that is used. We don’t need more nursing home beds. What we do need are homes and care options so people have choices. We need creative thinking of what might be possible to accommodate diverse needs and preferences.

There are examples that can be built on, but there needs to be a willingness on the part of policy-makers to support innovative thinking. Elderly people themselves and family members need to speak up and voice their preferences. In thinking about new approaches, the question we have to ask is really quite simple: “Would I want to live here?”

Verena Menec is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor in the department of Community Health Sciences in the College of Medicine at the University of Manitoba. Her research focuses on aging.

(May 2014)

A version of this commentary appeared in the *Waterloo Region Record*, the *Lethbridge Herald* and the *Winnipeg Free Press*.

Repenser le modèle des maisons de soins infirmiers

Ce n'est pas le nombre de lits qu'il faut augmenter, mais l'éventail des choix

VERENA MENEZ

Combien de lits faudrait-il créer au Canada pour accueillir des personnes âgées frêles qui nécessitent de nombreux soins? Voilà la question avec laquelle se débattent les décideurs d'un bout à l'autre du pays, compte tenu du vieillissement de la population, en particulier de la croissance rapide du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus.

En prenant de l'âge, bon nombre de gens finissent un jour par avoir besoin d'aide pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne, comme l'entretien ménager ou les courses. Avec un peu de soutien, toutefois, ils peuvent continuer à vivre dans leur propre maison. D'autres, par contre, nécessitent une assistance plus grande, pour se lever du lit et se coucher, manger et aller aux toilettes; c'est souvent le cas des personnes qui atteignent 80 ans, 90 ans ou même 100 ans. Lorsque les besoins augmentent à ce point, la seule option qui s'offre à nous est habituellement l'hébergement en maison de soins infirmiers, un lieu qu'on désigne aussi par les termes « centre hospitalier de soins de longue durée » et « foyer de soins infirmiers ».

Au lieu de débattre du nombre de lits requis, comme le font les politiciens, les médias et les responsables de la santé, ne serait-il pas plus avisé de se demander : « Combien de nouvelles maisons de soins infirmiers faudrait-il créer pour accueillir les personnes du quatrième âge? » Certains répliqueront que ce n'est qu'une façon de parler, pour simplifier les choses. Mais les termes qu'on choisit ont leur importance; ils révèlent notre mode de pensée et limitent notre réflexion.

Le vocable « lit » convient au contexte médical. Il évoque les établissements de santé,



des gens malades et alités, de longs corridors impersonnels. Celui de « maison », en revanche, évoque de tout autres images : l'odeur des repas qu'on cuisine chez soi, notre fauteuil préféré, une fenêtre pour regarder dehors et voir les gens circuler; en somme, un lieu où l'on se sent confortable et en sécurité.

Au cours des dernières décennies, des progrès considérables ont été accomplis pour ce qui est de donner aux maisons de soins infirmiers un caractère moins froid et aseptisé. Les établissements les plus anciens ont été rénovés de façon à ce que la plupart des résidents, sinon tous, jouissent d'une chambre individuelle qu'on les encourage à personnaliser; leur personnel soignant est souvent plein de sollicitude. Les plus récents regroupent des unités de petite taille qui favorisent une atmosphère plus intime. Malgré cela, tous restent fondamentalement des établissements de santé.

Si on devait prendre cette idée de « maison » au sérieux, par où faudrait-il commencer? Le résultat serait-il différent?

Il existe bel et bien quelques modèles ici et là, mais ils sont encore très peu nombreux. Certains emploient le terme de « village », lequel évoque l'idée d'une communauté rapprochée où les gens se connaissent et veillent les uns sur les autres. Aux Pays-Bas, on a créé ce genre de village pour des gens atteints de démence; ils peuvent y faire leurs courses, manger dans un restaurant et vivre une vie aussi normale que possible, aussi longtemps que possible.

Un autre modèle est celui du regroupement d'unités autonomes, chacune hébergeant un petit nombre de personnes, suivant le même principe qu'une maison d'accueil. L'idée consiste ici à recréer une sorte de chez soi, qui se reflète dans l'aménagement et le mobilier. Dans ce genre de lieu, la philosophie des soins est axée sur la dignité et le droit de continuer à vivre sa vie pleinement, peu importe nos besoins.

La vaste majorité des gens âgés préféreraient vieillir dans leur propre maison. Lorsqu'ils ne peuvent plus le faire, ne devraient-ils pas avoir la possibilité de choisir un milieu semblable à un chez soi, plutôt qu'un établissement? N'est-ce pas ce que chacun souhaite pour sa mère, son père, sa grand-mère ou son grand-père?

Le cœur du problème, bien entendu, c'est que l'éventail des possibilités est restreint. En effet, les options qui s'offrent aux personnes âgées et à leurs proches sont limitées. Lorsqu'une place se libère dans une maison de soins infirmiers, ceux-ci n'ont souvent d'autre choix que de l'accepter. De plus, les hôpitaux subissent des pressions énormes : on leur demande d'aiguiller vers les centres de soins de longue durée les personnes âgées incapables de retourner à la maison — dont on dit parfois qu'elles « monopolisent » des lits d'hôpitaux, une autre manière négative de s'exprimer.

Il nous faut adopter une autre philosophie en matière de maisons de soins infirmiers. Cela doit commencer avec les termes que nous employons. Ce n'est pas d'un plus grand nombre de lits dont nous avons besoin. Il s'agit plutôt d'élargir l'éventail des possibles

en matière d'hébergement et de soins, pour que les gens aient le choix. Il faut faire preuve de créativité, afin d'imaginer différentes façons de répondre à des besoins et à des goûts variés.

Il existe des modèles desquels on peut s'inspirer, mais avant tout, les décisionnaires doivent manifester une volonté d'appuyer l'innovation. Les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches devront prendre la parole et exprimer leurs préférences. Pour amorcer cette réflexion, la question qu'il faut se poser est vraiment très simple : « Est-ce que j'aurais moi-même envie de vivre dans un cadre comme celui-là? »

Verena Menec est experte-conseil auprès du site EvidenceNetwork.ca et professeure au département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Ses recherches portent sur le vieillissement.

(mai 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Soleil*.

Is it time to allow assisted suicide?

Most Canadians do not have access to comprehensive palliative care

By HARVEY MAX CHOCHINOV AND BALFOUR M. MOUNT

This week, the Supreme Court of Canada has been hearing an appeal by the BC Civil Liberties Association that could grant terminally ill Canadians the right to assisted suicide. With this impending ruling and the passing of Bill 52 in Quebec (Medical Aid in Dying) and rumblings from parliament of another private members bill on assisted suicide, Canada is at a crossroads.

The Court faces a daunting task. The arguments they will hear are complex, diverse and impassioned, given our societal fear of death and the process leading to it. While some will try to reassure the court that many Canadians support physician hastened death, others will caution that popularity is hardly a trustworthy guide to constructive and just social policy reform. But first, the Court must consider whether their decision will improve care for the terminally ill.

Dying in Canada can be a scary prospect. According to [a parliamentary report from 2000](#), most Canadians do not have access to comprehensive palliative care. Most will die in tertiary care settings due to inadequate community resources to support a home death. Furthermore, there are no national standards pertaining to pain control, symptom alleviation, psychosocial care and spiritual support. For First

Nations, Metis or Inuit, receiving culturally sensitive palliative care is unlikely. Many patients in rural areas have little or no access to comprehensive palliative care.

The court must also consider who they would empower to carry out assisted suicide. By the time they reach licensure, many Canadian doctors have received [less training in pain management than their counterparts in veterinary medicine](#). Most physicians have



knowledge deficiencies that impair their ability to manage cancer pain and are poorly equipped to address end of life conversations. Other studies suggest that doctors who treat fewer terminally ill patients and know the least about symptom management are most likely to be in favour of assisted suicide, while those with more experience tend to oppose it.

Autonomy can be a risky argument for legislative change. In some jurisdictions with death hastening legislation, euthanasia or assisted suicide has been provided to infants and children, people with dementia or chronic conditions, those who have not given explicit consent, the mentally ill and most recently, an inmate who preferred death to incarceration. Permissive legislation will also increase feelings of vulnerability amongst those with disabilities, those feeling a burden and those who society perceives as unproductive. Also, the more autonomy is granted, the more it becomes a perceived entitlement. In the Netherlands and Belgium, groups have been advocating for the availability of death hastening measures for people over 70 years of age who are expressing “tiredness of life.”

The design and representation of studies examining the outcome of death-hastening can sometimes be misleading or falsely reassuring. Take for example studies suggesting that families of patients who opt for euthanasia or assisted suicide do not experience negative psychological consequences. Currently, there are no studies examining the bereavement experiences of family members that were not informed of their loved ones’ decision to pursue hastened dying. In Oregon, 10 per cent of patients refused to include their family in the discussion and in another six per cent of instances the physician did not know if families were aware of the request. Quebec’s Bill 52 stipulates that patients can refuse to have their families consulted.

The Court may wonder if palliative care can include physician-hastened death. Palliative care demands vigilant monitoring of the patient and individual responses to assuage physical, psychosocial and spiritual distress. Palliative care is a process of caring applied over time. As such, short of asking dying patients to dislocate from communities that lack appropriate resources, most Canadians will simply have to make do — or, if the law changes, take cold comfort in knowing that they can access death-hastening alternatives.

Palliative care cannot eliminate every facet of end of life suffering. Preserving dignity for patients at the end of life requires a steadfast commitment to non-abandonment, meticulous management of suffering and a tone of care marked by kindness. In response to this dignity conserving approach, the former head of the Hemlock Society conceded that “if most individuals with a terminal illness were treated this way, the incentive to end their lives would be greatly reduced.”

That is a lot for the Supreme Court of Canada to consider. The country will anxiously

await its verdict.

Harvey Max Chochinov is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a Canada Research Chair in Palliative Care and Director, Manitoba Palliative Care Research Unit, Department of Psychiatry at the University of Manitoba. Balfour M. Mount is the Eric M. Flanders Professor Emeritus of Palliative Medicine at McGill University.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Huffington Post*, the *Medical Post* and the *Bugle Observer*.

Le temps est-il venu d'autoriser le suicide assisté?

La plupart des Canadiens n'ont pas accès à des soins palliatifs complets

HARVEY MAX CHOCHINOV ET BALFOUR M. MOUNT

Cette semaine, la Cour suprême du Canada a entendu un appel de l'Association pour les libertés civiles de la Colombie-Britannique qui pourrait accorder aux malades canadiens en phase terminale le droit au suicide assisté. Ce jugement, combiné à l'adoption au Québec du projet de loi 52 (loi sur l'aide médicale à mourir) et de rumeurs du dépôt d'un projet de loi sur le suicide assisté, place le Canada à la croisée des chemins.

La tâche que devra accomplir la Cour est colossale. Les arguments qui lui seront soumis en audience seront complexes et diversifiées. De plus, notre peur collective de la mort teintera les arguments d'intenses émotions. Certains tenteront de rassurer la Cour en soutenant que de nombreux Canadiens appuient le principe d'une aide médicale à mourir, alors que d'autres feront valoir que le soutien populaire ne peut constituer un critère véritablement fiable pour orienter une réforme juste et constructive d'une politique sociale. Quoi qu'il en soit, la première question que devra se poser la Cour à savoir si sa décision améliorera ou non les soins offerts aux malades en phase terminale.

Au Canada, la mort peut être un processus épouvanté. Selon [un rapport parlementaire réalisé en 2000](#), la plupart des Canadiens n'ont pas d'accès à des soins palliatifs complets. Une majorité



mourra dans un milieu de soins tertiaires en raison d'un manque de ressources communautaires adéquates pour offrir aux malades la possibilité de mourir à domicile. De plus, il n'existe aucune réglementation nationale concernant le contrôle de la douleur, le soulagement des symptômes, les soins psychologiques et le soutien spirituel. Par ailleurs, il est improbable que les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits reçoivent des soins de fin de vie adaptés à leur culture. De plus, un grand nombre des patients en

milieu rural n'ont pas accès ou ont un accès limité à des soins palliatifs complets.

La Cour devra également décider à qui sera confié le pouvoir d'aider une personne à mettre fin à ses jours. Lorsque leur est remis leur permis d'exercer, de nombreux médecins canadiens ont en général reçu moins de formation en gestion de la douleur que leurs homologues en médecine vétérinaire. La plupart ont des connaissances insuffisantes pour être en mesure de bien gérer la douleur associée au cancer et sont mal outillés pour aborder la question de la fin de la vie avec leurs patients. D'autres études laissent entendre que les médecins qui ne traitent pas souvent des patients en phase terminale et qui connaissent moins bien la gestion des symptômes sont plus susceptibles d'être en faveur du suicide assisté. Les médecins qui ont plus d'expérience dans le traitement de patients en fin de vie ont davantage tendance à s'y opposer.

L'argument de l'autonomie peut être risqué dans le cadre d'une modification législative. Dans certaines régions où il existe des dispositions législatives concernant l'aide médicale à mourir, des euthanasies ou des suicides assistés ont été pratiqués sur des nourrissons et des enfants, des malades souffrant de démence ou de maladies chroniques, des personnes incapables d'exprimer un consentement explicite ou atteintes de maladie mentale et, plus récemment, un détenu qui a préféré la mort à l'incarcération. Une loi plus permissive aura également pour effet d'accroître le sentiment de vulnérabilité des personnes handicapées et des personnes que la société perçoit comme improductives ou qui se sentent comme un fardeau. En outre, plus l'argument de l'autonomie sera considéré comme admis, plus le suicide assisté sera perçu comme un droit. Aux Pays-Bas et en Belgique, des groupes ont réclamé l'accès à des mesures d'accélération de la mort pour les personnes de plus de 70 ans qui se disent « fatiguées de vivre ».

La conception et la présentation des études portant sur les impacts du suicide assisté peuvent parfois être trompeuses ou faussement rassurantes. Prenons pour exemple les études qui laissent entendre que les familles des patients qui choisissent l'euthanasie ou le suicide assisté n'éprouvent pas de conséquences psychologiques. Actuellement, il n'existe dans les faits aucune étude portant sur le deuil vécu par les membres des familles qui n'ont pas été informées de la décision d'un proche de mettre fin à ses jours. En Oregon, 10 pour cent des patients ont refusé que leur famille soit consultée et dans 6 pour cent des cas, les médecins ne pouvaient dire si la famille avait été mise au courant de la demande de suicide assisté de leur patient. Au Québec, le projet de loi 52 précise que les patients peuvent refuser de consulter leur famille.

La Cour pourrait également se demander si les soins palliatifs peuvent inclure le suicide assisté. Offrir des soins palliatifs exige une surveillance attentive des patients ainsi que des interventions adaptées aux besoins de chacun afin de calmer la douleur et d'apaiser la détresse psychologique et spirituelle. Les soins palliatifs sont une forme de compassion qui prend du temps. Ainsi, à moins de demander aux patients mourants de quitter leur milieu de vie où les ressources nécessaires ne sont pas disponibles, la plupart des

Canadiens devront se débrouiller comme ils peuvent, ou, si la loi est modifiée, ceux-ci auront la maigre consolation de savoir qu'ils ont accès au suicide assisté.

Les soins palliatifs ne peuvent éliminer toutes les facettes de la souffrance éprouvée en fin de vie. Préserver la dignité des patients mourants exige une volonté inébranlable de ne pas abandonner, une gestion minutieuse des souffrances des patients et une énorme quantité de soins empreints de compassion et de gentillesse. En parlant d'une telle approche visant à protéger la dignité des patients, l'ancien dirigeant de la Hemlock Society a admis que [traduction] « si la plupart des malades en phase terminale recevaient de tels soins, le désir de mettre fin à leur jour serait beaucoup moins fort ».

La Cour suprême du Canada a ainsi beaucoup à soupeser avant de rendre sa décision, qui est attendu avec impatience à travers le pays.

Harvey Max Chochinov est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en soins palliatifs et directeur de l'Unité de recherche en soins palliatifs du Département de psychiatrie de l'Université du Manitoba. Balfour M. Mount est professeur émérite de la chaire Eric M. Flanders en médecine palliative de l'Université McGill.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Chapter 2: Health Care Costs and Spending

Giving doctors more money does not improve access to care

Why Quebec's increased fees for doctors is not good health policy — and what this might mean for the rest of Canada

DAMIEN CONTANDRIOPOULOS AND MÉLANIE PERROUX

The amount paid to doctors in Canada increased by \$7.5 billion in the last five years to reach a total of over \$30 billion per year. Put another way, the growth rate of physician remuneration expenditures — what our health system pays to doctors for health services — was more than twice the rate at which the Canadian economy grew over the same period (around 6.4 per cent per year).

No one would argue that this is a lot of money in itself, and a growing proportion of our collective wealth. At the same time, every new report on our health care system, including from the Commonwealth Fund, the Health Council of Canada and the College of Family Physicians of Canada, continues to highlight what little progress has been made regarding the accessibility of health care.

So what's going on here? We invest ever-growing sums in physician remuneration without noticing much improvement in the availability of medical visits and procedures. How can this be the case?

In a [study](#) published in the November 2013 issue of *Healthcare Policy*, we used the latest available data from Quebec to analyze the evolution of medical services costs and volumes of care over five years (from 2007 to 2011) to gain a better understanding of the relationship between physician fees and availability of care. The results prompt some important policy considerations.

In 2007, after bitter negotiations between physician federations and the Quebec government, agreements were signed to significantly increase fee schedules. Over the following



five years the average cost per service rose by 25 per cent for family doctors and 32 per cent for specialists (the term service describes all medical care provided, such as visits, procedures and tests). At the same time, the number of physicians per capita grew by eight per cent to reach an unprecedented number of physicians in the province.

These two trends combined increased medical compensation expenditures in Quebec by \$1.5 billion over five years. After controlling for inflation, these investments translate into average net income increases of 15 per cent for family doctors and 25 per cent for specialists. As these are inflation-controlled figures, these are real increases in purchasing power.

What's interesting, however, is that during this same period, the average number of specialized service visits per inhabitant stagnated, and the average number of family medicine service visits per person actually dropped by five per cent. The average number of services provided by each physician also dropped by five per cent for specialists and seven per cent for family doctors.

In other words, the net impact of investing an additional \$1.5 billion — no small sum — in physician remuneration was either a stagnation or reduction in the volume of services provided to the population. Moreover, the decrease in the average volume of services per physician offsets most or all of the increases in the overall number of physicians. What should have been two steps forward was more like one step back, but at great cost to the public purse.

Unfortunately, this result is not surprising. In fact, it is highly convergent with what is known in economics as the “target income hypothesis.” This hypothesis posits that people aim for a given level of income and will adjust their work load to reach it. This implies, among other things, that when the rate paid for a given amount of work increases, workers might choose to work less rather than to increase their revenues.

What our study shows is that as the unit price of services rose, physicians — who are overwhelmingly self-employed entrepreneurs — adjusted their work practice to improve their quality of life instead of opting to earn more.

End result: Quebecers did not see an improvement in health service availability despite a sizeable new investment in health care.

Some believe that physicians deserve to be paid more, while others oppose transferring additional public funds to the society's wealthiest. This is a moral debate. What we'd like to emphasize instead is the failure of the policy goal. If the current investments in physician compensation was intended to improve the accessibility of medical care, then the data from Quebec show that this was a policy failure. Not only was there no improvement, but the problem actually worsened.

In Quebec, it appears we are investing more money to pay more physicians to get less

care.

Few — if anyone at all — know the real effects of recent major investments in physician compensation in the other provinces across the country. It is time that these investments are monitored, analyzed and publicly debated. Throwing money at a problem is not always a solution.

Damien Contandriopoulos is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, an associate professor at the University of Montreal Nursing Faculty and a researcher at the University of Montreal Public Health Research Institute. Mélanie Perroux is a research officer at the University of Montreal Public Health Research Institute.

(December 2013)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, *Medical Post* and the *Huffington Post*.

Why our health system works for Canada

Future of Medicare depends on our ability to change

ROBERT MCMURTRY

In the past 18 months I have required two major, but unrelated surgeries, experiencing first hand Ontario's version of Medicare. The two interventions necessitated down-time and an enforced idleness for reflection on life and what it means to be Canadian. I feel blessed.

It is not just the absence of any indebtedness related to care, though that certainly helps, but the core elements of what Medicare represents: efficiency, equity and effectiveness or doing it well, availing the care to all and delivering improved health — social justice in a time when it is an endangered species.

This is no small feat and should never be taken for granted.

What is the history of single-payer health insurance and why is Medicare Canada's most treasured social program? The first mandatory health insurance was introduced in Germany (1883). Thereafter many western European countries followed suit. In Canada, Saskatchewan's rural municipality of Sarnia created an early form of Medicare (1915) followed a year later by a municipal hospital act. In 1947 The Hospital Insurance Act (1947) came into being, again in Saskatchewan, which all provinces followed by 1961. In 1962 Saskatchewan introduced universal

Medicare. In short, an idea spawned in Europe and taken up by Tommy Douglas set the stage for the passage of the Medical Care Act by the Canadian parliament in 1966.

My own life intertwined with this history from the 1950s to the present in many ways. The first exposure was to life without Medicare when my father suffered a stroke leaving him at age 54 with a permanent severe neurological deficit. The stroke occurred at the peak of his career and he was never able to return to more than a small fraction



**“WE MUST BE CLEAR
ABOUT THE IMPLICATIONS
OF THOSE WHO SEEK TO
COMMODY HEALTH
CARE; IT IS A MATTER
OF SOCIAL JUSTICE THAT
CARE SHOULD ALWAYS
BE BASED ON NEED AND
NOT ABILITY TO PAY.”**

Dr. Robert McMurtry is an orthopedic surgeon, a former dean of medicine and a medical advisor to the Romanow Commission

Evidence
Network
.ca

of his original activity, eventually succumbing to complications of the stroke. I well remember my mother, with our much-reduced economic status, struggling to find the money to pay the health care bills. Had he taken ill a few years later she would have been relieved of that burden.

I remember, too, being a medical student of the wards of the old Toronto General Hospital and the many differences between “private” and “public” status. To emphasize that reality there was a Private Patients Pavilion — a whole wing of beds for the exclusive use of those who were “paying customers.”

The impact of Medicare was dramatic.

In my subsequent practice as an orthopaedic surgeon spanning over 40 years, I can state that there has never been an instance, in which a course of treatment or surgery agreed to by my patient and I that was ever thwarted by cost considerations. Sometimes criticized for failure to change, Canada’s health care system has seen advances in cancer, cardiac, trauma care among others. Many advances seen in recent decades were facilitated by the single payer model of insurance that Medicare represents.

Similarly, the complex “state of the art” medical and surgical treatment I received in 2012 and 2014 was unconstrained by cost considerations. There is so much for which to be grateful in the legacy of Tommy Douglas.

This gratitude is clearly shared by Canadians throughout our country, as I learned while being a medical advisor to Roy Romanow during the Royal Commission of 2001-2. The five conditions of insurance under the Canada Health Act (1986) have become iconic: universality, portability, public administration, comprehensiveness and accessibility.

Public support, however, is not unconditional. Medicare needs to respond to evolving needs, should have much greater uptake on best practices, needs to focus on a host of proven upstream practices thereby promoting health and preventing disease. Indeed, the future of Medicare depends on an ability to change.

To preserve Medicare is the responsibility of all. This includes ensuring our own health literacy and physical fitness. We must be clear about the implications of those who seek to commodify health care; it is a matter of social justice that care should always be based on need and not ability to pay.

I am a very grateful Canadian and can only hope that collectively we have the wisdom to ensure the future of a program, which above all, supports Canadian values.

Robert McMurtry is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and an orthopaedic surgeon, a former dean of medicine, founding assistant deputy minister of health federally and a medical advisor to the Romanow Commission. He is also a member of the Order of Canada.

(March 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Vancouver Province* and the *Windsor Star*.

The failure to transform public health care spending is a missed opportunity

Federal government pulls away from active role in health care spending

LIVIO DI MATTEO

Expenditures on public health care in Canada appear to be slowing raising the possibility that the health care cost curve is finally being bent and the system transformed. Numbers from the Canadian Institute for Health Information show that real per capita public sector health spending peaked in 2010 at \$2,687 (1997 constant dollars) and is forecast to reach \$2,638 by the time the final numbers are tallied for 2013.

Since 2010, real per capita public health spending in Canada has been dropping at about one per cent annually. This is remarkable given that the average annual growth rate in real per capita public health spending from 1997 to 2010 was nearly three per cent. What can explain this?

Story Number One: The prescription of the Romanow Commission on health care that we should provide new money to the system to buy transformative change has worked. We have invested in new technology and transformed health care delivery and expenditure growth has finally been tamed.

This story is too good to be true. As the review of the 2004 Health Accord by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology concluded in 2012, the achievements of the accord were mixed. The increased funding “had increased the provision of services, but had not resulted in reform of health care systems, including the much-needed integration of different health care sectors and the breaking down of silos.” In other words, it has been pretty much business as usual.

Story Number Two: The moderation in health expenditures currently underway is tied to the economic slowdown of the 2009 recession and its effect on provincial budgets.



Indeed, the last time real per capita health spending underwent such a decline was in the 1990s in the wake of the 1991 recession and the federal fiscal crisis, which also resulted in transfer cuts to the provinces. That provincial economic health is a factor is reinforced by the fact that real per capita health expenditures for 2013 are still forecast to grow in more robust Alberta and Saskatchewan. Moreover, real per capita private sector health expenditure growth has also slowed down though it remains positive.

If the health of the economy is the key factor, then this moderation in public health expenditure growth is transitory and health spending will resume its climb when the economy picks up steam.

Story Number Three: Another possible explanation for this decline may be provincial adjustment to the end of the 2004 Health Accord and the imposition of a new Canada Health Transfer formula beginning in 2017.

Starting in 2017, the growth of federal health transfers will be linked to the national rate of economic growth and inflation with a floor of three per cent. It could be that provinces are being forward-looking and implementing cost-control measures in advance of the day when federal transfer growth slows from the annual six per cent increases of the Health Accord.

In fact, some combination of stories two and three makes the most sense — which means the cost curve in health care spending has not been bent yet.

What does this mean? The economy will eventually recover and relax provincial health expenditure constraints, but federal health transfer growth will be reduced starting in 2017. This means that the new transfer formula may yet be a factor in forcing provinces to deal with costs in their respective health care systems.

Given population growth and inflation, federal transfers are effectively going to be frozen in real per capita terms after a decade of steady increase. The federal government is again providing an incentive for the provinces to bend the health care cost curve. However, this time the provinces will face the challenge of implementing solutions without new money to “buy change” — the mantra of the post-Romanow Report era that saw the 2004 Health Accord enacted.

For a long time now, public health care reform in Canada has been a story of missed opportunity.

The current federal role in health care is disappointing yet understandable. A decade of annual six per cent health transfer increases has not bought the transformative change that was promised. A more active federal role in trying to foster change by tying new funding with the application of national health standards would inevitably be greeted by provincial cries of domineering federalism and unwarranted federal intrusion. As a result, all that is left is the blunt instrument of reducing the growth in federal cash trans-

fers to provide an incentive to economize.

When it comes to health care, Canada's federal government enters the future with a role whereby the federal government will observe but not directly involve itself in provincial affairs.

[Livio Di Matteo](#) is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor of economics at Lakehead University.

(April 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post*, and *National Newswatch*.

L'échec de la transformation des dépenses en santé : une occasion manquée

Le gouvernement fédéral se retire de son rôle actif dans le domaine des dépenses en soins de santé

LIVIO DI MATTEO

Le rythme des dépenses dans le système de soins de santé public du Canada semble s'être ralenti, ce qui laisse entrevoir la possibilité, finalement, d'un infléchissement de la courbe des coûts en santé et d'une transformation réussie du système. Les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent en effet que les dépenses réelles par habitant en santé dans le secteur public devraient, après avoir atteint en 2010 un sommet s'élevant à 2 687 \$ (en dollars constants de 1997), redescendre en 2013 à un montant prévu de 2 638 \$, après compilation des dernières données. Il est vrai que le Québec s'inscrit à contre-courant de cette tendance, ses dépenses réelles par habitant en santé ayant connu une légère augmentation, passant de 2 495 \$ en 2010 à un montant prévu de 2 520 \$ en 2013, mais les dépenses québécoises demeurent néanmoins les plus basses des 10 provinces.

On observe donc une réduction des dépenses publiques réelles par habitant en santé au Canada depuis 2010, à raison d'environ un pour cent par année. Cette baisse est d'autant plus remarquable que le taux de croissance moyen des dépenses publiques réelles par habitant en santé était de 1997 à 2010 approximativement de trois pour cent. Mais comment expliquer une telle diminution ?

Première explication possible : la proposition de la Commission Romanow sur les soins de santé recommandant d'injecter de l'argent frais dans le système afin d'y opérer un changement transformateur aurait fonctionné. Grâce à des investissements dans de nouvelles technologies et à une transformation de la prestation des soins de santé, nous aurions enfin réussi à maîtriser la croissance des dépenses.

Cette explication est trop belle pour être vraie. Selon les conclusions du rapport d'exa-



men de l'Accord sur la santé de 2004 réalisé en 2012 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, les réalisations accomplies dans le cadre de cet accord sont mitigées. Le financement accru « a stimulé la prestation des services, mais il n'a pas contribué à la réforme des régimes de santé, pas plus qu'à l'intégration fort nécessaire des différents secteurs de la santé et au décloisonnement ». En d'autres termes, rien n'a véritablement changé.

Deuxième explication possible : la baisse des dépenses qu'on observe actuellement serait liée au ralentissement économique provoqué par la récession de 2009 et aux répercussions de ce ralentissement sur les budgets provinciaux.

De fait, la dernière fois que les dépenses réelles par habitant en santé ont connu une telle décroissance remonte aux années 1990 et s'inscrivait dans le sillage de la récession de 1991 ainsi que d'une crise budgétaire fédérale qui a mené à des compressions dans les transferts aux provinces. Que la santé financière des provinces soit un facteur est d'autant plus probable que les dépenses réelles par habitant en santé pour 2013 sont selon les prévisions toujours en croissance en Alberta et en Saskatchewan, les provinces les plus robustes sur le plan économique. Qui plus est, la croissance des dépenses réelles par habitant en santé dans le secteur privé a également connu un ralentissement, bien qu'elle soit demeurée positive.

Si la santé de l'économie est un facteur déterminant, la diminution des dépenses publiques en santé n'est alors que transitoire et celles-ci recommenceront à croître dès que l'économie reprendra.

Troisième explication possible : la baisse des dépenses résulterait d'un ajustement provincial motivé par la fin de l'Accord sur la santé de 2004 et l'imposition d'une nouvelle formule du transfert canadien en matière de santé qui entrera en vigueur en 2017.

À partir de 2017, l'augmentation des transferts fédéraux en santé sera liée à la croissance de l'économie nationale ainsi qu'à l'inflation et présentera un taux plancher de trois pour cent. Le Québec pourra ainsi s'attendre à voir ses transferts fédéraux en santé augmenter d'au moins trois pour cent par année après 2017, et peut-être même de plus si la croissance économique nationale se fait robuste. En 2013, l'économie canadienne a connu une meilleure croissance que l'économie québécoise.

Il est par conséquent possible que les provinces, faisant preuve de clairvoyance, aient mis en œuvre à l'avance des mesures de contrôle des coûts afin de se préparer au jour où la croissance annuelle des transferts fédéraux diminuera de son taux actuel de six pour cent prévu dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2004.

En fait, l'explication la plus plausible est probablement une combinaison de la deuxième et de la troisième, ce qui veut dire que la courbe des coûts des soins de santé ne se serait pas encore véritablement infléchie.

Qu'est-ce que cela signifie ? L'économie reprendra un jour ou l'autre et les limitations imposées aux dépenses provinciales en santé se relâcheront, tandis que la croissance des transferts fédéraux en matière de santé sera réduite à compter de 2017. Par conséquent, la nouvelle formule de transfert pourrait avoir pour effet de forcer les provinces à assumer elles-mêmes les coûts de leur système de soin de santé respectif.

Compte tenu de l'inflation et de la croissance de la population, les transferts fédéraux connaîtront dans les faits un gel en termes réels par habitant après une décennie de croissance continue. Il s'agit donc d'une autre façon pour le gouvernement fédéral d'inciter les provinces à infléchir la courbe des coûts en soins de santé.

Cependant, les provinces devront cette fois relever le défi d'appliquer de nouvelles solutions sans disposer de nouvelles liquidités pour « opérer une transformation du système », ce leitmotiv qui s'était imposé après le dépôt du rapport Romanow et pendant la période touchée par l'adoption de l'Accord sur la santé de 2004.

Depuis longtemps maintenant, la réforme du système de soins de santé public au Canada est une occasion manquée.

Le rôle actuel du gouvernement fédéral dans les soins de santé est décevant, quoique compréhensible. Une décennie d'augmentation des transferts en matière de santé à raison de six pour cent par année n'a pas mené au changement transformateur promis. Un rôle plus actif du gouvernement fédéral consistant à tenter de stimuler le changement en attachant tout nouveau financement à l'application de normes nationales en matière de santé serait inévitablement accueilli avec protestation par les provinces, qui crieraient au fédéralisme autoritaire et à l'ingérence du gouvernement fédéral. Tout ce qui restera donc n'est que la réduction de la croissance des transferts de fonds fédéraux, moyen un peu brutal d'inciter les provinces à économiser.

Ainsi, en matière de soins de santé, le gouvernement fédéral du Canada ne jouera plus dans l'avenir qu'un rôle d'observateur qui se gardera d'intervenir directement dans les affaires des provinces.

Livio Di Matteo est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeur d'économie à l'Université Lakehead.

(avril 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *L'Aut' Journal* et *Le Huffington Post Québec*.

Why medical tourism is not the answer

Medical tourism is not a 'cash cow' but a 'many-headed Hydra'

COLLEEN FLOOD

So it looks like the “magic bullet” solution has been found at last to cure Canada’s health care woes: medical tourism. Last week, Toronto’s Sunnybrook hospital defended its position to court affluent medical patients from other countries who can afford to pay generously for out-of-pocket care in a Canadian hospital. It’s a revenue-generating solution for a cash-strapped system, we are told. A handful of other hospitals already engage in this practice, and many across the country are starting to sit up and take notice. Should we break out the champagne and celebrate?

Not so fast. Medical tourism looks at first like a cash cow but it is more like a many-headed Hydra.

Proposals by public hospitals to sell care to medical tourists to expand their revenue base are understandable given tough economic times. But experience from other countries suggests that promises of revenue flow-back to the public system do not always eventuate. How will we know that profits made off the backs of wealthy (and/or desperate) medical tourists from other countries are actually reinvested with the needs of Canadian patients in mind — as opposed to, for example, higher payments for the surgeons providing the care?

And even if there is some reinvestment back that measurably benefits public patients, this has to be traded off against the fact that beds for medical tourists are clearly beds that could be used — right now — by Canadians. If these beds are going spare when people are currently lined up in crowded emergency rooms from coast to coast, then something is clearly amiss. Moreover, basic market principles dictate that the higher prices that can be charged to pri-



vately paying medical tourists will divert at least some physicians from treating public patients. If the private sector pays more, and medical tourism is lucrative, then it strains credibility to suggest that doctors will not be further tempted into that sector.

If medical tourism is the solution, we'd best ask first, what's the problem? Many Canadians might suggest wait times. This is a legitimate concern. Too many of us wait too long for the care we need and deserve. Across the country there are calls (and court cases being brought) to privatize as a solution to remedy wait times. But it is a solution only for those who can afford to pay. We know from initiatives in other countries and from the example of cardiac care in Ontario, and with orthopaedic surgery in Alberta, that we can fix wait times for all Canadians within the public system. And it doesn't mean we need to spend more.

More cash in the health care system is not necessarily what we need. From a global perspective, we put an awful lot of public money in — but those who spend it on our behalf are not getting value for our money. In other words, we are paying too much for drugs that frequently don't do very much, too much to some providers and not enough for others, and we are not rationally allocating our resources to achieve a bigger bang for our health care buck.

With respect to wait times, research tells us that we won't solve this problem with more private dollars but we can solve this problem by having all patients referred for surgery into a central triaged system. This will ensure that a patient is sent to the first available specialist and not the one that his or her family doctor happens to have on speed dial, and that the system (and not a doctor's secretary) is responsible for making sure care is secured in a timely way for each and every patient.

Why, when we have proven solutions that could be used to reduce wait times, are the people who run our system not focused on implementing solutions? Canadians have been acclimatized to an increasing level of mediocrity in Medicare and cowed from demanding more by the constant refrain of how much health care costs. We should not be so reticent in demanding more from those who run our health care system.

In the final analysis, if government, hospitals and physicians can promise excellent and timely care to tourists from other countries there is no reason why the same promise can't be made to all Canadians — and we should demand it of them.

Colleen Flood is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor in the Faculty of Law, the School of Public Policy & Governance, and the Institute of Health Services Management & Evaluation University of Toronto.

(April 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post* and *Ottawa Life*.

Plutôt qu'une vache à lait, une hydre à plusieurs têtes

Pourquoi le tourisme médical n'est pas une solution

COLLEEN FLOOD

Ainsi donc, on aurait trouvé la solution miracle aux maux qui affectent le système de santé au Canada : le tourisme médical. La semaine dernière, l'hôpital Sunnybrook de Toronto a dû défendre sa décision de courtiser les patients de l'étranger capables de se payer à prix fort des soins prodigués dans un établissement canadien. Certains affirment que ce serait là une façon d'engranger des revenus dans un système à court d'argent. Une poignée d'autres hôpitaux ont emboîté le pas et de nombreux autres lorgnent cette solution. Le temps serait-il venu de sabrer le champagne et de célébrer ?

Pas si vite. Si le tourisme médical peut sembler une vache à lait à première vue, il s'apparente davantage, lorsqu'on y regarde de plus près, à une hydre à plusieurs têtes.

En cette conjoncture difficile, on peut comprendre le projet des hôpitaux de proposer des soins de santé à des touristes médicaux dans le but d'élargir leur assiette de revenus. Toutefois, l'expérience d'autres pays nous enseigne que l'espoir d'un afflux de recettes ne finit pas toujours par se matérialiser. Comment savoir si les profits engendrés sur le dos des touristes médicaux bien nantis (ou désespérés) seront bel et bien réinvestis en tenant compte des besoins des patients canadiens ? Comment savoir s'ils ne serviront pas à payer, par exemple, des honoraires plus élevés aux chirurgiens qui auront prodigué les soins ?

Même s'il y avait réinvestissement et que celui-ci profitait effectivement aux patients dans le système public, il n'en demeure pas moins que les lits occupés aujourd'hui même par des touristes médicaux pourraient l'être par des Canadiens. Et si l'on parvient à libé-



rer des lits alors que d'un océan à l'autre, des gens s'entassent dans des salles d'urgence bondées, il faut conclure que quelque chose ne tourne pas rond. Par ailleurs, la facture salée qui sera présentée aux touristes médicaux aura pour effet, selon les règles du marché, de détourner de la prestation publique des soins quelques médecins au moins. Si le privé verse de meilleurs honoraires et que le tourisme médical s'avère lucratif, difficile de croire que certains ne seront pas alléchés par les perspectives qu'offre ce secteur.

Si le tourisme médical constitue la solution, il faudrait commencer par se demander : quel est le problème qu'on tente de régler ? Un grand nombre de Canadiens vous répondront : les temps d'attente. Il s'agit en effet d'une préoccupation légitime. Trop de gens attendent trop longtemps pour obtenir les soins nécessaires auxquels ils ont droit. D'un bout à l'autre du pays, certains appellent à la privatisation comme solution au problème des délais (et vont même jusqu'à porter leur cause devant les tribunaux). Or cette voie n'aidera que les personnes qui ont les moyens de payer. Des projets entrepris dans d'autres pays ont démontré, tout comme l'exemple des soins cardiaques en Ontario et celui des chirurgies orthopédiques en Alberta, qu'il est possible de régler le problème des temps d'attente pour l'ensemble de la population au sein même du système public. Et cela, sans avoir à dépenser un sou de plus.

Injecter de nouveaux fonds dans le système de santé n'est pas nécessairement la voie à privilégier. Nous y investissons déjà une somme considérable, mais ceux qui la dépensent en notre nom ne le font pas de façon optimale. En d'autres termes, nous payons trop cher des médicaments qui souvent ne sont pas d'une grande utilité ; certains prestataires de soins gagnent trop et d'autres pas assez; et nous n'affectons pas nos ressources de manière rationnelle, pour faire en sorte d'obtenir un meilleur rendement de notre investissement.

En ce qui concerne les temps d'attente, la recherche démontre qu'augmenter les fonds de source privée ne règlera rien, mais qu'un système de triage centralisé pourrait résoudre le problème. Grâce à celui-ci, tous les patients qui attendent une chirurgie seraient aiguillés vers le premier spécialiste disponible, plutôt que vers celui dont le médecin de famille connaît le numéro de téléphone par cœur. L'accès aux soins en temps opportun deviendrait ainsi la responsabilité du système de santé dans son entier, plutôt que de la secrétaire du médecin.

Pourquoi les gestionnaires de la santé tardent-ils autant à mettre en œuvre des solutions qui pourtant ont fait leurs preuves ? Les Canadiens se sont habitués, en matière de soins, à un degré de médiocrité grandissant. Ils n'osent pas réclamer davantage, car on leur ressert toujours le sempiternel refrain des coûts élevés de la santé. Nous ne devrions pas hésiter à nous montrer plus exigeants envers ceux et celles qui administrent notre système de santé. En dernière analyse, si les gouvernements, les hôpitaux et les médecins sont prêts à faire miroiter à des touristes médicaux d'excellents soins prodigués en temps opportun, rien ne les empêcherait de promettre la même chose aux ci-

toyennes et citoyens de ce pays — et nous devrions exiger qu'ils le fassent.

Colleen Flood est experte-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca. Elle est professeure à la faculté de droit de l'Université de Toronto, ainsi qu'à la School of Public Policy & Governance et à l'Institute of Health Services Management & Evaluation.

Consultez une affiche basée sur l'article

(avril 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec* et *Le Soleil*.

Thousands of lives could be saved every year by improving our health care system

Not all health regions should receive equal funding

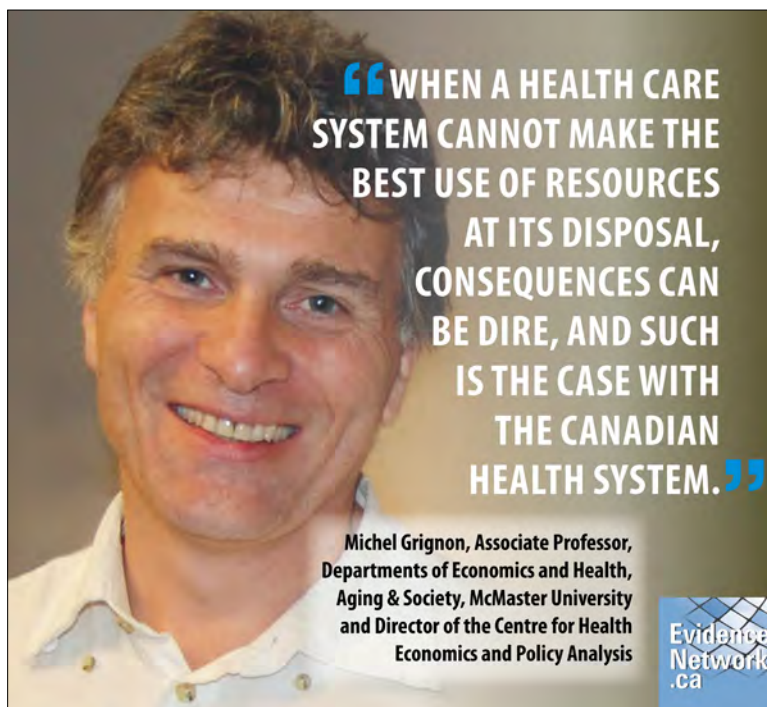
MICHEL GRIGNON

When a health care system cannot make the best use of resources at its disposal, consequences can be dire, and such is the case with the Canadian health system. A recent study from the Canadian Institute for Health Information (CIHI) found that between 12,600 and 24,500 deaths could be prevented each year in Canada if our health system were perfectly efficient. This is, without spending a penny more than what we spend now, without increasing the contributions made by Canadians to their provincial public health care systems, we could be saving thousands of lives.

To reach that conclusion, expenditures on various types of health care services, including hospital care, physician and nurse services, prescription drugs, and nursing homes were measured. Also measured were the number of premature deaths across 84 small regions in Canada — deaths taking place before the age of 80 and due to causes that are treatable, such as diabetes, pneumonia and asthma (but not lung cancer). The study then compared how different regions spend their health care dollars and found that the average region could improve what it does by between 18 and 35 per cent — and save lives in the process.

Who said health policy was boring?

The study also detailed the drivers of inefficiency, and they might be a surprise to many. Contrary to what is typically assumed, efficiency is not only based on how hard and how smart the people involved in a system work — hospital and institution managers, doctors, nurses and regional health authorities — but also may be linked to factors beyond their control.



Of course, a region that works hard at monitoring stays in hospitals to make sure they are not unduly prolonged, while maintaining quality so that re-admissions after discharge are not too frequent, will be able to prevent more premature deaths for the same level of expenses. Similarly, a region that controls the proportion of specialists among its physician workforce (thus making sure patients can access family doctors) will prevent more deaths. And a region that makes sure individuals at the bottom of the income distribution get access to their family doctors will also save more lives for the same amount of dollars spent.

However, regions also operate within constraints they can only partially control. For instance, a higher rate of smokers or physically inactive individuals in the population of a region will eat up more resources with poorer outcomes, including premature deaths. For example, when more individuals smoke, it costs more to prevent deaths due to asthma; similarly, it costs more to prevent deaths due to diabetes when more people are obese.

Another significant factor that affects health outcomes, and which health authorities cannot control, is income. Health regions in which the population has higher income on average are less efficient than those in which the population has lower income. This could be because regions with wealthier populations are using their resources in ways that are not reducing premature deaths, but may be achieving other goals, such as faster access to advanced technologies or hip replacement procedures. Similarly, regions with higher proportions of immigrants, non-aboriginal individuals or individuals with higher education manage to save more lives with the same level of expenditures, because these populations have lower mortality rates than the rest of Canadians, on average.

What can we do with such findings? First, we need to learn from the best health regions across the country how to monitor hospital stays (length and quality), guarantee access to family doctors for the poor, and make sure family physicians make up a reasonable proportion of the physician workforce. Secondly, we need to invest in public health — not necessarily spending more — finding ways to curb smoking rates, obesity rates and to encourage physical activity.

Finally — and perhaps, most importantly — we need to rethink the way we allocate resources to regions in Canada. Not all regions require similar resources for the health of their populations. Regions who attract fewer immigrants, have more aboriginals in their population, and fewer individuals with higher education should receive more funding per capita because it costs more than in other regions to achieve similar levels of health gains. Conversely, regions with more immigrants, fewer aboriginals and more highly educated individuals don't need the same health care dollars to get the same results.

Equality and equity are not the same thing where health is concerned. It's time we spread the health dollars where they are needed most.

Michel Grignon is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, an associate professor with the departments of Economics and Health, Aging & Society at McMaster University and director of the Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA). He contributed to the research published by CIHI.

(April 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post* and the *New Brunswick Telegraph Journal*.

Améliorer notre système de soins de santé permettrait de sauver des milliers de vies chaque année

Toutes les régions socio-sanitaires ne devraient pas recevoir un financement égal

MICHEL GRIGNON

Lorsqu'un système de soins de santé ne peut pas exploiter les ressources à sa disposition de façon optimale, les conséquences peuvent être désastreuses, et c'est exactement ce qui se produit dans le système de santé canadien. Une étude récente de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a démontré qu'entre 12 600 et 24 500 morts pourraient être évitées au Canada si notre système de santé fonctionnait de façon parfaitement efficace. Cela signifie que nous pourrions sauver des milliers de vies sans déboursier un sou de plus que ce que nous dépensons déjà ni augmenter la contribution des Canadiens à leur système de soins de santé provincial.

Pour en arriver à cette conclusion, les auteurs de l'étude ont mesuré les différents types de services de soins de santé, y compris les soins hospitaliers, les soins infirmiers et des médecins, les services de prescription de médicaments et les services des maisons de soins infirmiers. Ils ont également mesuré le nombre des personnes mortes prématurément dans 84 petites régions du Canada, c'est-à-dire les personnes décédées avant l'âge de 80 ans en raison de problèmes de santé pouvant être traités, comme le diabète, la pneumonie et l'asthme (à l'ex-

clusion cependant du cancer du poumon). L'étude a ensuite comparé comment l'argent consacré à la santé est dépensé dans les différentes régions, ce qui a permis de constater qu'il serait possible pour une région moyenne d'améliorer ses façons de faire de 18 pour cent à 35 pour cent et, par le fait même, de sauver des vies en cours de processus. Qui a dit que les politiques en santé étaient ennuyeuses ?

L'étude expose également dans le détail les différents facteurs d'inefficacité, qui pour-



raient en surprendre plusieurs. Contrairement à ce qu'on croit habituellement, l'efficacité du système ne repose pas que sur les efforts acharnés et les décisions perspicaces des gens qui y participent (les gestionnaires d'hôpitaux et d'établissement, les médecins, les infirmières et infirmiers, les régies régionales de la santé), elle repose également sur des facteurs qui sont hors de leur contrôle.

Sans aucun doute, une région qui s'efforce de surveiller les séjours hospitaliers afin qu'ils ne soient pas inutilement prolongés tout en maintenant la qualité des soins pour que le nombre de réadmissions après un congé ne soit pas trop fréquent réussira à éviter plus de morts prématurées pour un même niveau de dépenses. De la même façon, une région qui exerce un contrôle sur la proportion de spécialistes au sein de son effectif de médecins (afin d'assurer aux patients un accès à un médecin de famille) préviendra également un plus grand nombre de décès, tout comme une région qui veille à ce que les personnes au bas de l'échelle des revenus aient accès à un médecin de famille arrivera, elle aussi, à sauver plus de vies pour une même quantité de dollars dépensés.

Cependant, les régions sont soumises à des contraintes qu'elles ne peuvent contrôler que partiellement. Notamment, un taux plus élevé de tabagisme ou d'inactivité physique dans une région nécessitera davantage de ressources pour des résultats moindres, et occasionnera un plus grand nombre de morts prématurées. Par exemple, quand le nombre de fumeurs est plus élevé, les coûts visant à prévenir les décès causés par l'asthme sont aussi plus élevés, de la même façon que les dépenses destinées à éviter les décès liés au diabète sont plus grandes lorsque le nombre de personnes souffrant d'obésité est plus important.

Le revenu est aussi un facteur important qui influence les résultats en santé et sur lequel les régies régionales de la santé ne peuvent exercer aucun contrôle. Les régions socio-sanitaires au sein desquelles le revenu moyen est plus élevé sont moins efficaces que celles dont le revenu moyen est plus bas. La raison de cette différence réside possiblement dans le fait que les régions aux populations plus aisées utilisent les ressources à leur disposition non pas de manière à réduire le nombre des morts prématurées, mais plutôt de manière à atteindre d'autres objectifs, comme un accès plus rapide à des technologies de pointe ou à des arthroplasties de la hanche. Dans le même ordre d'idées, les régions qui présentent une proportion plus élevée d'immigrants, de personnes non autochtones ou de personnes très scolarisées réussissent à sauver plus de vies pour un même niveau de dépenses, car ces populations présentent en moyenne un taux de mortalité plus bas que celui du reste des Canadiens.

Que faire face à de telles constatations? Premièrement, nous devons apprendre des régions les plus efficaces du pays comment surveiller les séjours hospitaliers (leur durée et leur qualité), comment garantir l'accès à un médecin de famille aux plus pauvres et comment faire en sorte que les médecins de famille représentent une proportion raisonnable de l'ensemble des médecins. Deuxièmement, nous devons chercher des mesures de san-

té publique qui permettront, sans nécessairement accroître les dépenses, de réduire les taux de tabagisme et d'obésité, et qui encourageront l'activité physique.

Finalement, et peut-être par-dessus tout, nous devons repenser notre façon de répartir les ressources entre les différentes régions socio-sanitaires du Canada. Toutes les régions ne requièrent pas le même niveau de ressources pour garantir la santé de leur population. Les régions qui accueillent moins d'immigrants, qui ont une population autochtone plus importante et une moindre proportion de personnes très scolarisées devraient recevoir plus de fonds par habitant, car elles doivent dépenser plus que les autres pour obtenir les mêmes gains en matière de santé. Inversement, les régions qui comptent plus d'immigrants, moins d'Autochtones et plus de personnes ayant une scolarisation supérieure n'ont pas besoin du même niveau de financement en santé pour obtenir les mêmes résultats.

En matière de santé, égalité et équité ne sont pas des termes synonymes. Il est grand temps de répartir les fonds consacrés à la santé de manière à ce qu'ils aillent là où ils sont le plus nécessaires.

Michel Grignon est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeur agrégé aux départements d'Économie et de Santé, Vieillesse et Société de l'Université McMaster. Il est également directeur du Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) et a contribué à la rédaction de l'étude publiée par l'ICIS.

(avril 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *L'Aut'Journal* et *Le Huffington Post Québec*.

B.C. fails to improve primary health care after more than a \$1 billion investment

Increased doctor incentives do not improve access to care

RUTH LAVERGNE AND KIM MCGRAIL

Since 2006, British Columbia has spent more than \$1 billion to improve primary health care. So have B.C. patients benefited from such a massive investment? Sadly, it appears not.

Primary care — access to doctors and nurses for general health concerns — forms the backbone of our health care system. Good primary care means we can quickly and easily access services and get referrals to more specialized services when needed. We also rely on primary care providers to maintain a patient record, monitor chronic conditions, such as diabetes or high blood pressure, help prevent disease and coordinate care with specialists or in hospitals.

Difficulty finding a doctor or getting a timely appointment means patients very reasonably turn to walk-in clinics or the emergency room. However, a lack of follow-up and coordination can mean new problems aren't caught early, and ongoing conditions aren't well managed. This is bad for patients, and costly for the health system.

Other provinces have recognized this problem, and changed how primary care is organized, introducing group practices and inter-professional teams (including physicians, but also nurses, pharmacists, social workers, and dietitians). They have also

worked on building stronger systems for coordinating care, and new models of paying health care providers intended to encourage quality rather than volume.

B.C., on the other hand, has focused on trying to change the behaviour of individual family doctors. How? Largely through a sizable carrot: incentive payments totaling more than \$700 million of the \$1 billion spent.



Dozens of new fee codes have been introduced since 2003, so that family doctors now receive additional payments for the management of patients with chronic diseases, providing mental health care, maternity care, palliative care and health risk assessments, and communicating with other care providers about patients. The new payments are on top of the regular fees paid to doctors for patient visits.

The aim is to encourage family doctors to return to a traditional model of “full-service family practice,” where patients are connected to a single doctor who meets all of their primary care needs. This means relying on fee-for-service payments and not building inter-professional teams. There are clinics in the province where such teams exist and physicians work on salary, but these are exceptions, not the norm; Recent B.C. reforms did nothing to encourage their development.

The General Practice Services Committee estimates that incentive payments in B.C. have increased the annual incomes of participating doctors by \$32,000. So it is clear that doctors’ earnings have increased sizably, but what is less clear is whether patients are receiving higher quality care as a result.

Our [study](#) on the care provided by B.C. family doctors, published in *Healthcare Policy*, does not provide encouraging results. We used 20 years of data to look at services provided by family doctors in B.C. We found that the number of patients who receive a majority of their services from one doctor continues to fall, which implies that patients are seeing more individual physicians each year.

Access to care after hours, and in settings other than the office (home, hospital, and long-term care), declined in the period leading up to investments, and then continued to fall at the same rate after. In 1991, 96 per cent of family physicians saw patients outside of office hours. This fell to 79 per cent by 2001, and after investing in reform, reached 59 per cent in 2010. In 1991, 92 per cent of B.C. doctors saw patients at home, falling to 76 per cent in 2001. In 2010, only 55 per cent made a home visit.

In other words, patients do not appear to have improved access to their primary care physician, and their care continues to be fractured, handled across a range of individuals and settings.

An Auditor General report released in February 2014 concluded the B.C. government could not demonstrate that physician services are high quality or that compensation for those services offers the best value for taxpayers. Family doctors are highly skilled and deserve to be fairly compensated, and pay disparities with other specialist physicians need to be addressed. However, a growing body of research, in addition to our study, suggests that incentive payments are not a reliable way to improve quality of care.

Research also tells us that the majority of newly practicing physicians in B.C. would prefer alternatives to the traditional fee-for-service system. Perhaps the time is ripe for change.

Ruth Lavergne is a doctoral candidate in the School of Population and Public Health at UBC. Kim McGrail is an associate professor at the Centre for Health Services and Policy Research and the School of Population and Public Health at UBC, and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.

(June 2014)

*A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post* and *Ottawa Life*.*

Report card on wait times in Canada omits important developments

DON DICK AND LINDA WOODHOUSE

Canadians might have been inclined to take a sedative for an anxiety attack after reading about the Wait Time Alliance's 2014 report card on waits for medical care in Canada. The WTA gives Canada a failing grade on the structural changes it says are needed to have the timely access seen in other countries.

But the report card is as notable for its omissions as it is for its findings.

Had the WTA looked more closely at developments in Alberta, for example, it would have found a province where efforts to improve access and other areas of quality are being led by the people with the most influence — the doctors, nurses, administrators and others on the front lines. It would have found a province where comprehensive data is being collected and analyzed to measure performance and target lagging areas. It would have seen that evidence-based benchmarks are being applied in crucial areas of service. It would have seen the integrated models of care that are being designed and implemented.

These are, in fact, some of the very measures the WTA calls for in its report card — already well established in Alberta.

Much of this progress has been concentrated in the area of orthopaedics, a fast growing area of concern as the population ages and lives longer. Hip and knee replacement, one of the five national areas of priority for reducing wait times, is a big part of this work.

In the orthopaedic wards of hospitals, teams have since 2010 been using report cards to measure how they are doing in relation to benchmarks. They set targets for wait time, length of stay in hospital, pain reduction, getting patients on their feet after surgery, and



many other indicators. When targets are reached, more ambitious ones are set. These teams are driving change in the most effective direction — from the bottom up.

Also across the province, data are being collected from hip and knee replacement surgeons and analyzed by Alberta Bone and Joint Health Institute. Each surgeon gets a personalized, confidential report twice yearly on results in 17 key indicators. For example, they see their patients' wait times for consultation and surgery, their improvement in joint function, and how many had to be readmitted to hospital because of complications. These data, de-identified to protect patient privacy, are aggregated to produce a report for each of five health zones in Alberta.

Reducing length of stay in hospital for hip and knee patients has been a key part of Alberta's program to cut wait times. Patients who occupy beds longer than necessary block others who are waiting for surgery. Analysis of data showed that many patients were staying in hospital because they hadn't arranged for help with recovery at home. Renewed effort to ensure patients make the necessary support arrangements has seen hospital stay drop below the four-day benchmark.

Centralized intake for hip and knee patients has for several years been standard practice across Alberta with the result that patients are being referred and managed much more efficiently. Central intake clinics routinely offer patients the option to move from the surgeons with the longest wait lists to those with the shortest.

Data on wait times — for consultation and for surgery — have become much more reliable in Alberta thanks to standardization and rules that have eliminated guesswork and confusion. Wait time data has become sophisticated enough that Alberta now can distinguish the additional wait caused by patient postponement of surgery. Early results indicate that patient postponements for personal reasons such as travel or work account for as much as 15 per cent of the “system” wait time the public sees.

Results of these measures are impressive. Since 2004 when the first ministers set wait time reduction targets in hip and knee replacement and four other priority areas, Alberta has increased the number of hip and knee surgeries by 73 per cent with only a five per cent rise in hospital bed use. The program to reduce hospital stay saved 33,000 bed-days from 2010 to 2013 — a value of \$33 million. The typical (median) wait has dropped to 15 weeks for consultation with a surgeon and 18 weeks for surgery in Alberta.

Similar work is starting in rheumatoid arthritis, knee injury and osteoporosis.

Alberta is building a culture of continuous improvement in health care. This culture is founded on more and better data, innovative thinking, an extraordinary effort to share information, and unprecedented action on the front lines. Wait time reports cards need to examine performance at this level and Canadians should have this kind of information to grade their health system.

Dr. Don Dick is an Edmonton orthopaedic surgeon and senior medical director of the Alberta Bone and Joint Health Strategic Clinical Network (BJHSCN). Dr. Linda Woodhouse holds the David Magee Endowed Chair in Musculoskeletal Clinical Research and is scientific director of the BJH-SCN.

(June 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Medical Post* and the *Moncton Times and Transcript*.

Why can't we fix health care? Blame self-interest

Self-interest has led to meagre health reform for four decades

HARVEY LAZAR

Almost continuously since the second half of the 1990s, Canadians have pointed to health care as their largest national concern and the issue that should receive the greatest attention from Canada's leaders. Polls taken over the last decade or so have found that health care is typically the highest priority among voters. It is also the policy area in which governments often score most poorly. This sentiment has become so commonplace across the political spectrum of voters that we take it for granted that it was always so.

Yet, in the 1980s, worries about health care barely registered in public opinion data. In fact, up to that point and since the introduction of countrywide hospital insurance in the 1950s, Canadians had been smitten by their universal, publicly financed hospital and medical services. So what's changed?

It's not a lack of money. Health spending continues to be a spending priority.

And it's not the performance of individual health care providers, especially when there is an urgent and acute need. Canadians are generally satisfied with quality and the timeliness of the care they receive in critical situations.

But on other health-related matters, the reviews are less impressive. The slow response to the growing need for chronic care has been apparent for some time despite its predictability. The Commonwealth Fund International Health Policy Survey (2010) found that of 11 OECD countries surveyed, Canada fared worst or second worst on several access-related matters, including accessing health care in the evenings and on weekends. Wait times were the worst for appointments with medical



“SUPPORTERS OF MEDICARE FEAR THAT ONCE THE MEDICARE GENIE IS OUT OF THE BOTTLE, ALL BETS ARE OFF. THE FEAR OF GOING BACKWARD HAS CREATED A FEAR OF DEBATING THE FUTURE – AND MAY BE PART OF WHAT HAS PREVENTED US FROM MOVING FORWARD.”

Harvey Lazar, adjunct professor at the School of Public Administration, University of Victoria

Evidence
Network
.ca

specialists and for certain kinds of diagnostic tests. On access to prescription drugs, we scored second worst.

This is a stinging familiar list of concerns — documented in the 2002 Romanow and Kirby Reports and, before them, in the reports of the many task forces, advisory committees and commissions — appointed by both left- and right-leaning governments. Here we are, decades later, and these issues have still not been adequately addressed.

Why is it so hard to reform health care policy in Canada? This is the question my colleagues and I posed in an examination of 30 health reform case studies (published in *Paradigm Freeze*, McGill-Queen's University Press). The answers we found are not heartening.

Our study indicates that, by and large, self-interest among vested parties has led to mostly meagre health reform across the country. Specifically, provincial medical associations have been able to protect physician interests, in some cases, by keeping the health reform window shut. In others, by persuading governments to advance their goals through incentives rather than through regulation.

This is a legacy from the foundations of Medicare. When provinces first enacted Medicare, they adopted a fee-for-service method of compensating physicians that seemed to make sense at the time. However, the logic of fee-for-service led, over time, to a close and growing relationship between provincial health ministries and provincial medical associations. This influence continues today in the complex and opaque “master agreements” between provincial health ministries and provincial medical associations that are rarely subject to public discourse.

The end result is that provincial medical associations have veto or near-veto powers in respect of the many policy related issues that affect physician compensation.

Nurses and unionized hospital workers, on the other hand, have been part of the great Canadian coalition that has successfully protected Medicare at all costs. This has afforded them a substantial political voice in safeguarding the not-for-profit hospital sector against proposals to encourage competition from privately-owned hospital corporations. But along with left-leaning civil society groups, and support from the general public, this has had the effect of halting discussion of any possible real reform outside the current model.

There were a few exceptions to these broad findings. In cases of newly elected first-time governments, there were some instances of significant reforms but these were largely within the existing Medicare framework.

It appears that supporters of Medicare fear that once the Medicare genie is out of the bottle, all bets are off. The fear of going backward has created a fear of debating the future — and may be part of what has prevented us from moving forward.

In a nutshell: Provincial medical associations, other health care provider bodies, the labour movement, and the general public all prefer the arrangements that we created a half-century ago than to undertake reforms with an uncertain outcome.

What does that mean for health reform going forward?

It means that the chances of reform on a very large scale — the proverbial big bang — are slim at best. It took the Great Depression and the Second World War to create the political climate in Canada that enabled a new innovative postwar social contract among Canadians in the form of Medicare. Without some sort of insurmountable disruptive force, either a major shift in medical science or technology or a catastrophic economic or political crisis, fundamental health policy reform in Canada in the future remains unlikely.

Harvey Lazar is adjunct professor at the School of Public Administration, University of Victoria. His co-edited book, [Paradigm Freeze: Why it is so Hard to Reform healthcare Policy in Canada](#) was published by McGill-Queen's University Press. He is an advisor with EvidenceNetwork.ca.

(June 2014)

A version of this commentary appeared in *iPolitics.ca*, the *Georgia Straight* and the *Miramichi Leader*.

Pourquoi est-ce si difficile d'améliorer notre système de santé ?

Les intérêts particuliers n'ont permis au cours des quarante dernières années qu'une réforme superficielle du système de santé

HARVEY LAZAR

De façon presque continue depuis la seconde moitié des années 1990, le système de santé est la principale source de préoccupation des Canadiens à l'échelle nationale et constitue selon eux l'enjeu qui devrait recevoir le plus d'attention de la part des dirigeants du Canada. Les sondages menés au cours de la dernière décennie ou à peu près indiquent qu'en règle générale les soins de santé sont au sommet de la liste des priorités des électeurs, et qu'il s'agit du secteur de dépenses dans lequel les gouvernements ont le plus de difficulté à satisfaire la population. Le sentiment d'inquiétude qu'inspire le système de santé est devenu un lieu commun si répandu chez les électeurs d'un bout à l'autre du spectre politique qu'on pourrait croire qu'il en a toujours été ainsi.

Pourtant, dans les années 1980, les inquiétudes concernant les soins de santé étaient à peine perceptibles dans les données sur l'opinion publique. En fait, jusqu'à cette période et depuis l'instauration à l'échelle du pays d'une assurance-hospitalisation dans les années 1950, les Canadiens étaient enthousiastes à l'égard de leur système public et universel de soins médicaux et hospitaliers. Mais que s'est-il passé pour que la situation change à ce point?

Ce n'est pas une question de manque de financement, puisque les soins de santé sont toujours une priorité en matière de dépenses.

Ce n'est pas non plus le rendement des fournisseurs de soins de santé pris isolément qui est en cause, particulièrement en ce qui a trait aux besoins en matière de soins urgents et de courte durée. Les Canadiens sont en effet généralement satisfaits de la qualité et de la



rapidité des soins qu'ils reçoivent en cas de situation critique.

Le tableau est cependant moins reluisant lorsqu'il est question des autres enjeux liés à la santé. Depuis un certain temps, il est devenu manifeste que la réaction du système de santé à l'égard des besoins croissants en matière de soins des maladies chroniques est trop lente, malgré le caractère prévisible de leur augmentation. Le sondage du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé mené en 2010 classait le Canada, parmi les 11 pays de l'OCDE évalués, en avant-dernière ou en dernière place relativement à plusieurs questions liées à l'accessibilité, notamment l'accès à des soins de santé le soir et la fin de semaine. Le Canada affichait également les pires temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste et pour certains types de tests de diagnostic, et occupait l'avant-dernière place en ce qui a trait à l'accès à des médicaments sur ordonnance.

Il s'agit d'une liste de problèmes malheureusement trop bien connue, ayant fait l'objet des rapports Romanow et Kirby en 2002 et, avant ceux-ci, des rapports de nombreux autres groupes de travail, commissions et comités consultatifs mis sur pied autant par des gouvernements de droite que de gauche. Or, des décennies plus tard, aucune solution adéquate n'a encore été mise en œuvre pour résoudre ces problèmes.

Pourquoi est-ce si difficile de réformer les politiques touchant les soins de santé au Canada? C'est dans le but de trouver des réponses à cette question que des collègues et moi avons entrepris d'examiner les réformes du système de santé à partir de 30 études de cas publiées dans l'ouvrage *Paradigm Freeze*, paru chez McGill-Queen's University Press. Et les réponses auxquelles nous sommes arrivées ne sont pas très encourageantes.

Selon les constatations de notre étude, de façon générale, c'est l'intérêt particulier des différentes parties en cause qui la plupart du temps empêche la réalisation d'une réforme d'envergure à l'échelle du pays. Notamment, les associations médicales provinciales ont travaillé à protéger les intérêts des médecins en fermant la porte, dans certains cas, à toute possibilité de réforme du système ou en persuadant les gouvernements, dans d'autres cas, de réaliser leurs objectifs de changement au moyen de mesures incitatives plutôt que de mesures réglementaires.

Il s'agit d'un héritage découlant des fondements mêmes du régime d'assurance-maladie. Lorsque pour la première fois les provinces ont instauré leur régime respectif, elles ont adopté un mode de rémunération des médecins à l'acte qui, à l'époque, apparaissait comme une solution sensée. La logique de ce mode de rémunération a toutefois créé entre les associations médicales et les ministres de la Santé des provinces une relation qui avec le temps est devenue de plus en plus étroite et n'a cessé de gagner en importance. Cette proximité exerce encore aujourd'hui une influence sur la conclusion des « ententes-cadres » qui existent entre les associations médicales et les ministres provinciaux de la Santé, ententes complexes et opaques qui rarement font l'objet de débats publics.

Ainsi les associations médicales provinciales bénéficient-elles, au bout du compte, d'un pouvoir de veto ou de quasi-veto à propos des nombreuses politiques qui sont liées à des enjeux touchant la rémunération des médecins.

Le personnel infirmier et les travailleurs syndiqués des hôpitaux ont quant à eux formé une vaste coalition canadienne qui s'est donné pour objectif de protéger le régime public d'assurance-maladie, coûte que coûte. Conférant ainsi un poids politique considérable à la sauvegarde d'un secteur hospitalier sans but lucratif contre les propositions visant à favoriser la concurrence entre des sociétés hospitalières détenues par des intérêts privés, cette coalition a eu pour effet, de concert avec les groupes de gauche de la société civile et en raison de l'appui qu'elle reçoit du grand public, de mettre un frein à toute possibilité de débat sur une réforme réelle du système sortant du cadre du modèle actuel.

Malgré ces constatations générales, nous avons néanmoins observé quelques exceptions. Nous avons par exemple relevé, dans les cas de gouvernements venant tout juste d'être élus pour une première fois, des projets de réforme d'une importance considérable, mais ceux-ci ne sortaient habituellement pas du cadre du régime d'assurance-maladie actuel.

De toute évidence, les défenseurs du régime de l'assurance-maladie craignent qu'un abandon du modèle actuel fasse régresser le système. Or, cette crainte d'un retour en arrière a provoqué une hantise des débats sur l'avenir et pourrait ainsi avoir contribué à empêcher l'entreprise de réformes qui autrement auraient pu faire progresser le système.

En résumé, les associations médicales provinciales, les autres associations de fournisseurs de soins de santé, les groupes syndicaux et le grand public préfèrent tous le maintien des dispositions mises en place il y a un demi-siècle à la mise en œuvre de réformes dont l'issue est incertaine.

Que signifie cette conclusion pour le projet de réforme du système de santé en cours?

Elle signifie que les chances d'une réforme à très grande échelle (une proverbiale transformation de fond en comble) sont, dans le meilleur des cas, plutôt minces. Il a fallu la Crise de 1929 et la Deuxième Guerre mondiale pour que se mette en place au Canada le climat politique qui a rendu possible l'adoption par les Canadiens d'un nouveau contrat social d'après-guerre innovateur, sous la forme du régime d'assurance-maladie actuel. Sans l'action d'une quelconque force perturbatrice inévitable, qu'il s'agisse d'une transformation majeure de la science ou des technologies médicales ou d'une crise politique ou économique profonde, il est peu probable que se produise dans le futur une réforme

fondamentale des politiques régissant le système de soins de santé au Canada.

Harvey Lazar est professeur auxiliaire à l'École d'administration publique de l'Université de Victoria. Il a collaboré à l'écriture de l'ouvrage Paradigm Freeze: Why it is so Hard to Reform Health-care Policy in Canada, paru chez McGill-Queen's University Press. Il est conseiller à EvidenceNetwork.ca.

(juin 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Five things most people get wrong about Canada's health care system

KATHLEEN O'GRADY AND NORALOU ROOS

A recent court challenge before the British Columbia Supreme Court threatened to change the rules of the game for the Canadian health care system — should the challenge have made its way to the Supreme Court of Canada and found success there. Dr. Brian Day of The Cambie Surgeries Corporation is contesting the ban against “extra billing” for privately provided health services, and for the right of doctors to work simultaneously in both the public and private health spheres.

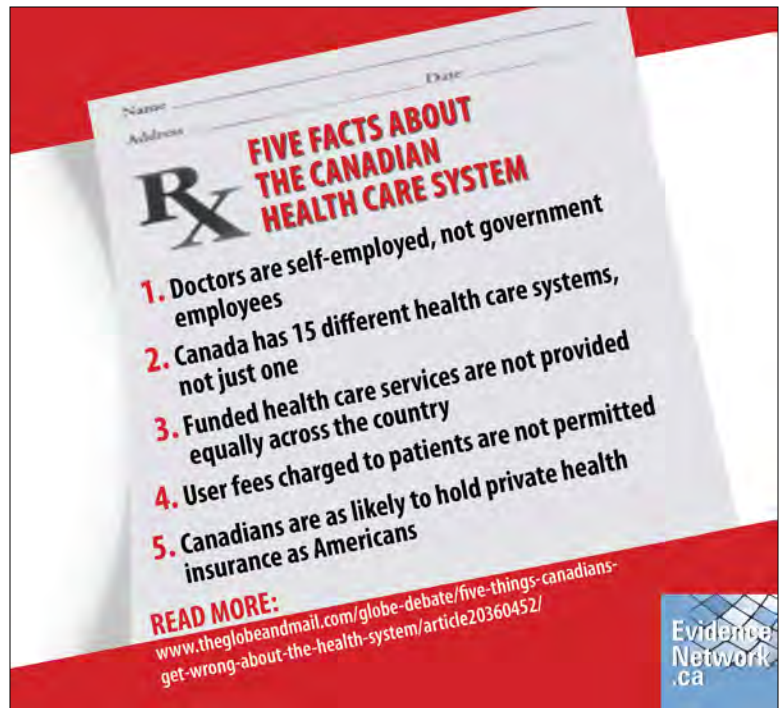
However, just last week the judge permitted an adjournment of the case to March of next year to allow those involved the possibility to resolve some of the issues before the court — so it is not likely to be the game changer that some Canadians hoped and many Canadians feared.

One thing is certain: pundits from the left and right are sure to weigh in further on the issue, and there are other similar court challenges popping up in other provinces.

How our health system should be reformed, and in what measures, is nothing short of a national pastime in Canada. Too bad many get the facts wrong. Here are a few basics everyone should know.

Doctors are self-employed, not government employees

Canada has a publicly funded health care system, but the vast majority of doctors do not work for the government. A patient is free to choose which doctor they wish to visit, and they are entitled to essential physician health services without charge. Doctors are self-employed, which means they can determine their own hours and work location, and they are responsible for paying their employees, for office space and other overhead expenses. Doctors earn money by billing their provincial government for the services they provide to patients.



The Canadian health system is often referred to as “socialized” medicine, but it is actually a mix of private providers billing governments for publicly funded services.

Canada has 15 different health care systems

People often refer to the “Canadian health care system,” when in reality, it has distinct health systems for each of the provinces and territories. The Canada Health Act outlines the basic tenets for health care to be universal and accessible for essential physician and hospital health services across the country. However, the details of how each system operates, including what is covered and how, is determined provincially. In addition, the federal government has responsibility for aboriginal and veteran health care.

Add it together, and Canada has a whopping 15 unique health care systems. On the plus, this means provinces can tailor health services to the particular needs of their residents; the downside is that coordinating health reforms across the country remains a significant challenge.

Funded health care services are not provided equally across the country

The Canada Health Act guarantees that essential physician and hospital services are paid for by the government, but there is variation across provinces for what is considered an “essential health service” — and even who delivers the care or where care is delivered.

For example, Quebec’s publicly funded system includes fertility treatments, while most other provinces do not. Some provinces, including British Columbia, Ontario and Quebec, pay for births delivered by licensed midwives, while several provinces and territories do not. Eligible funded therapies for autism vary widely across the country. Abortion services are not equally accessible across the country.

The Canada Health Act does not cover prescription drugs, home care or long-term care, and as a result, there are widely different approaches for these services in each province.

User fees charged to patients are not permitted

Canadians cannot be charged a “user fee” when a physician provides an insured service (something already covered by the publicly funded health system). But some physicians get around the letter of the law by charging “annual fees” as part of a comprehensive package of services they offer their patients. Such charges are completely optional and can only be for non-essential health options.

In some provinces, doctors may charge a small fee to the patient for missed appointments, for doctor’s notes and for prescription refills done over the phone — all items for which a doctor receives no payment from the province.

Canada does not truly have a “single payer” system, meaning a significant por-

tion of Canadian health care comes from both public and private financing

Canada has extensive public financing for essential physician services and hospital care — among the highest rates in the world. But most Canadians have to pay for eye and dental care out-of-pocket, and more than 60 per cent of prescription medications are paid for privately in Canada.

Canada is the only country with a universal health care system that does not include prescription drugs. This means that Canadians still pay for approximately 30 per cent of their health care directly or via private insurance with only 70 per cent of health costs paid for publicly. In fact, Canadians are as likely to hold private health insurance as Americans.

Kathleen O'Grady is the managing editor of EvidenceNetwork.ca and a research associate at the Simone de Beauvoir Institute, Concordia University, Montréal, Québec.

Noralou Roos is a professor in the Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba and director of EvidenceNetwork.ca.

(September 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, *National News-watch* and *Kevin MD*.

Cinq faits généralement méconnus sur le système de soins de santé canadien

KATHLEEN O'GRADY ET NORALOU ROOS

Les débats et discussions sur le système de soins de santé du Canada et sur les mesures qui nécessitent une réforme ne manquent pas. Tous ces échanges donnent cependant lieu à un nombre effarant de méprises sur la façon dont notre système de santé fonctionne réellement.

Les médecins sont des travailleurs indépendants, et non des employés du gouvernement.

Le système de soins de santé du Canada est financé par l'État, mais la grande majorité des médecins ne travaille pas pour le gouvernement. Les patients sont libres de choisir le médecin qu'ils souhaitent consulter et ont droit à tous les services médicaux essentiels sans frais. Les médecins sont quant à eux des travailleurs indépendants, ce qui signifie qu'ils peuvent déterminer eux-mêmes leur lieu de pratique et leurs heures de travail et qu'ils ont la responsabilité de payer leur personnel et d'assumer le coût des locaux qu'ils utilisent et leurs autres frais généraux. Les médecins tirent un revenu de leur pratique en facturant le gouvernement pour les services qu'ils offrent aux patients.

On qualifie souvent le système de soins de santé canadien de « socialisé », mais il s'agit dans les faits d'un système mixte où des fournisseurs privés facturent des gouvernements pour des services publics.

Le Canada compte 15 systèmes de soins de santé différents.

On parle souvent du « système de soin de santé canadien », mais en réalité chaque province et territoire possède son propre système distinct. Les principes généraux qui ga-



rantissent l'accessibilité et l'universalité des services hospitaliers et médicaux essentiels dans l'ensemble du pays sont définis par la *Loi canadienne sur la santé*, mais les détails du fonctionnement de chaque système, y compris ce qui est couvert par le régime public d'assurance maladie et les modalités de cette couverture, sont déterminés par les provinces et les territoires. Il existe en outre un système pour les anciens combattants et un autre pour les autochtones, qui sont tous les deux une responsabilité du gouvernement fédéral.

Ainsi, lorsqu'on additionne le tout, on obtient un énorme total de 15 systèmes de soins de santé différents. Une telle configuration a pour avantage de permettre à chaque province et territoire de façonner ses services de santé en fonction des besoins particuliers de sa population, mais a également pour inconvénient de rendre extrêmement difficile la coordination de réformes à l'échelle du pays.

Les services de soins de santé financés par l'État ne sont pas les mêmes partout au pays.

La *Loi canadienne sur la santé* garantit le paiement par l'État des services hospitaliers et médicaux essentiels, mais il y a de la variation entre les provinces et territoires quant à ce qui est considéré comme un « service de santé essentiel », et quant aux lieux et aux fournisseurs des soins offerts.

Par exemple, les traitements de fertilité font partie au Québec des services couverts par le régime public d'assurance maladie, alors que ce n'est pas le cas dans la plupart des autres provinces. Les coûts des accouchements réalisés par des sages-femmes autorisées sont payés par l'État dans certaines provinces, notamment la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec, mais ne le sont pas dans plusieurs autres provinces et territoires. Les thérapies pour les personnes autistes admissibles à un financement public varient grandement dans l'ensemble du pays. Les services d'avortement ne sont pas pareillement accessibles, ou même offerts, dans toutes les régions du Canada.

La *Loi canadienne sur la santé* ne prévoit aucune protection en ce qui a trait aux médicaments d'ordonnance, aux soins à domicile et aux soins de longue durée, c'est pourquoi ces services font l'objet d'approches extrêmement variées dans les différentes provinces et les différents territoires.

Il est interdit d'imposer des frais d'utilisation aux patients.

Les Canadiens ne peuvent se voir exiger des « frais d'utilisation » lorsqu'ils reçoivent d'un médecin des services couverts, c'est-à-dire des services qui sont déjà payés par le régime public d'assurance maladie. Il y a cependant des médecins qui contournent la loi et qui facturent à leurs patients des « frais annuels » pour la prestation de blocs étendus de services. Ces frais sont entièrement facultatifs et ne peuvent être demandés que pour des options de soins de santé qui ne sont pas essentielles.

Toutefois, au Québec, la réglementation permet aux médecins de facturer aux patients des médicaments et autres articles, si ceux-ci sont nécessaires pour une intervention couverte par l'assurance maladie, mais cette intervention est faite dans une clinique privée. Elle permet aussi aux médecins de facturer les photocopies, les courriels, les rendez-vous manqués et autres articles non couverts par le gouvernement.

Le système canadien n'est pas véritablement à « payeur unique », puisque le financement des soins de santé au Canada est en grande partie à la fois public et privé.

Les soins hospitaliers et les services médicaux essentiels font l'objet au Canada d'un financement public considérable, le taux de ce financement étant l'un des plus élevés au monde. Cependant, la plupart des Canadiens doivent déboursier des frais pour les soins dentaires et des yeux, et plus 60 % des médicaments d'ordonnance sont payés par les patients.

Le Canada est le seul pays à posséder un système de soins de santé universel qui exclut les médicaments d'ordonnance. Les Canadiens assument donc toujours les frais d'environ 30 % de leurs soins de santé directement ou par l'entremise d'une assurance privée, l'État ne payant que 70 % des coûts. Les Canadiens sont donc dans les faits aussi susceptibles que les Américains de se doter d'une assurance maladie privée.

Kathleen O'Grady est rédactrice en chef à EvidenceNetwork.ca et agrégée de recherche à l'Institut Simone de Beauvoir de l'Université Concordia, à Montréal au Québec.

Noralou Roos est professeure au Département des sciences de la santé communautaire de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba et directrice d'EvidenceNetwork.ca.

(septembre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Sex, lies and physician supply

Why female doctors are not to blame

LINDSAY HEDDEN AND MORRIS BARER

Among the many reasons offered for why many Canadians are increasingly facing difficulties finding a family physician to call their own is the fact that the workforce has become increasingly female. The argument usually goes something like this: female family practitioners work fewer hours, take time out to raise families and have shorter careers. And because the proportion of family practitioners who are male continues to decline — about 60 per cent of new medical students are female — we can look forward to the problem of accessing care getting worse.

This argument turns out to be simple, compelling, and for the most part, wrong.

The number of female family doctors in Canada has been increasing steadily since the late 1950s, and women have outnumbered men in Canadian medical schools since 1999. Importantly, the proportion of female medical students choosing to specialize in family medicine has also been increasing over that same period.

But does the rhetoric of “the part-time female family doctor” truly match reality? Our recent systematic [review](#), which examined a wealth of existing studies and was published in *Human Resources for Health*, suggests that the story is more complicated than a simple difference in work hours.

Although female physicians do work somewhat fewer hours than male physicians — and indeed work differently in general — there is no strong evidence that this difference has or will have any significant effect on the overall effective supply of family practitioners in Canada.



Rather, the dominant trends affecting overall supply into the foreseeable future are the recent rapid increase in medical school capacity in the country, and the fact that both male and female family doctors are increasingly focused on attaining a healthy work-life balance, while still providing high-quality and accessible care for their patients — a laudable goal. In practice, this means that we will have more family doctors, and that they will, on average, be working fewer hours than their older counterparts in the years to come.

In fact, one recent Canadian study found that the number of hours of direct patient care male physicians are providing has been declining, and that this trend has had a far more substantial impact on overall effective supply than the difference in work hours and patterns between males and females.

But it turns out hours of work is an overly simplistic and misleading indicator of service delivery volume or quality anyway. Several studies we examined found that female physicians spend more time with each of their patients, and deal with more problems in a single appointment. They also write fewer prescriptions for medications, while being more likely to provide patients with counselling, and to refer them on to specialists or for laboratory tests.

We did find one cause for concern. Our analysis found that female physicians are less likely to provide care in settings other than the office (home, hospital or long-term care), or outside of regular office hours. This could increase the reliance on already-stretched emergency departments and walk-in clinics as a source of primary health care.

Female physicians in general, and female family practitioners specifically, continue to maintain a different set of unpaid work and family responsibilities than their male counterparts. One recent study found that female family doctors who have children work more than 90 hours per week if unwaged household responsibilities are included. This was considerably more than the fewer than 70 hours worked by male family doctors who have children. Another study reported that the reduction in work time caused by having children under the age of 18 is twice as large for women as it is for men. Female family physicians are also more likely to be involved in the care of elder family members.

According to surveys conducted by the Canadian Medical Association, physicians in Canada report attaining a healthy balance between personal and professional responsibilities as the most important factor for running a successful and satisfying medical practice. These same surveys show that physician burnout is experienced by a significant proportion of family physicians, affecting both the quality of care they are able to provide to their patients, and their own health and well-being.

The quality of debate about physician supply in this country would be improved substantially if we could put behind us the simple-minded rhetoric about an increasingly

female physician workforce being a problem affecting overall supply, and focus on changes to workforce trends that are actually affecting our access to care.

Lindsay Hedden is a doctoral candidate in the School of Population and Public Health at the University of British Columbia (UBC). Morris Barer is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a professor at the Centre for Health Services and Policy Research and the School of Population and Public Health at UBC.

(September 2014)

A version of this commentary appeared in the *Vancouver Province*, the *Huffington Post* and the *Saskatoon Star Phoenix*.

Sexe, mensonges et effectif des médecins

Pourquoi les femmes médecins ne sont pas à blâmer

LINDSAY HEDDEN ET MORRIS BARER

Parmi les nombreuses raisons invoquées pour expliquer la difficulté de plus en plus importante qu'ont beaucoup de Canadiens à se trouver un médecin de famille disposé à les prendre en charge, on mentionne souvent le fait que l'effectif des médecins est de plus en plus composé de femmes. L'argument est généralement formulé de la façon suivante : les médecins de famille qui sont des femmes travaillent moins d'heures, consacrent plus de temps à élever leurs enfants et mènent des carrières plus courtes. Par conséquent, dans la mesure où la proportion d'hommes parmi les médecins de famille est en décroissance continue (environ 60 pour cent des nouvelles inscriptions en médecine sont des femmes), on peut s'attendre à ce que le problème de l'accès aux soins s'aggrave avec le temps.

Cet argument peut paraître simple et convaincant, mais il est en majeure partie erroné.

Le nombre des omnipraticiennes au Canada est en croissance constante depuis la fin des années 1950 et la quantité de femmes inscrites dans les écoles de médecine dépasse celle des hommes depuis 1999. Il est également à noter que la proportion des étudiantes qui choisissent de se spécialiser en médecine de famille a également augmenté au cours de la même période.

Mais est-ce que cet argument selon lequel « les omnipraticiennes ne pratiqueraient qu'à temps partiel » tient véritablement la route ? Selon un examen systématique récent que nous avons fait paraître dans la publication *Human Resources for Health* et dans le cadre duquel nous avons passé en revue un grand nombre d'études, la situation est dans les faits beaucoup plus complexe qu'un simple écart dans les heures de pratique.



Bien que les femmes médecins travaillent en effet un peu moins d'heures que leurs pairs masculins (en fait, elles travaillent différemment de façon générale), rien n'indique de façon claire que cette différence a eu ou aura un effet notable sur la disponibilité globale réelle des omnipraticiens au Canada.

Les tendances dominantes actuelles qui influenceront la disponibilité globale future des médecins de famille consistent plutôt en l'augmentation récente et rapide de la capacité d'accueil des écoles de médecine du pays et en le fait que les médecins, hommes comme femmes, qui choisissent la médecine de famille sont de plus en plus soucieux d'établir dans leur pratique un équilibre sain entre le travail et la vie personnelle, tout en s'efforçant d'offrir des soins accessibles et de grande qualité à leurs patients, ce qui est un objectif louable en soi. Par conséquent, dans les années à venir, il y aura concrètement plus de médecins de famille, mais ceux-ci travailleront en moyenne moins d'heures que leurs prédécesseurs.

Une étude canadienne récente a démontré à ce titre que le nombre des heures consacrées à des soins directs aux patients par les hommes médecins est en décroissance et que cette tendance a eu un effet beaucoup plus important sur la disponibilité globale réelle des médecins que l'écart existant entre les hommes et les femmes quant aux heures travaillées.

Par ailleurs, il s'avère de toute façon que le nombre d'heures travaillées est un indicateur beaucoup trop simple et même trompeur du volume ou de la qualité des services offerts. Plusieurs des études que nous avons examinées révèlent que les femmes médecins passent plus de temps avec chacun de leurs patients et abordent plus de problèmes lors d'une même rencontre. Elles prescrivent également moins de médicaments et sont plus susceptibles de fournir des services de consultation à leurs patients, de les rediriger vers des spécialistes ou de leur prescrire des analyses en laboratoire.

En fait, nous avons relevé un seul élément qui puisse être préoccupant au fil de notre analyse, celui-ci étant que les femmes médecins sont moins susceptibles de pratiquer dans des cadres autres que leur cabinet (soins à domicile, soins hospitaliers ou soins de longue durée) ou en dehors des heures normales de bureau. Cette particularité des femmes médecins pourrait avoir l'effet d'accroître le recours pour les soins de première ligne aux cliniques sans rendez-vous et aux services d'urgence, qui déjà sont débordés.

Il faut cependant rappeler qu'en général les femmes médecins, et les omnipraticiennes en particulier, ont toujours plus de responsabilités familiales et effectuent encore plus de travail non rémunéré que leurs pairs masculins. Une étude récente a démontré à ce sujet que les omnipraticiennes travaillent plus de 90 heures par semaine lorsqu'on inclut dans le compte des heures travaillées les responsabilités familiales non rémunérées. Il s'agit d'un temps de travail considérablement plus long que les 70 heures travaillées par les omnipraticiens ayant des enfants. Une autre étude a relevé que la diminution des

heures de travail liée au fait d'avoir des enfants de moins de 18 ans est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. En outre, les femmes médecins de famille sont plus susceptibles de participer aux soins apportés aux membres plus âgés de leur famille.

Selon divers sondages menés par l'Association médicale canadienne, les médecins canadiens affirment que l'atteinte d'un équilibre sain entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle constitue l'un des facteurs les plus importants d'une pratique médicale réussie et satisfaisante. Ces sondages indiquent également que les cas d'épuisement professionnel chez les médecins touchent en grande proportion les omnipraticiens, ce qui nuit à la fois à la qualité des soins qu'ils donnent à leurs patients et à la qualité de leur propre santé et de leur bien-être.

La qualité du débat entourant la disponibilité des médecins au pays s'en trouverait grandement améliorée si nous laissions derrière cette idée simpliste que l'augmentation du nombre de femmes au sein de l'effectif serait la source du problème de disponibilité globale et si à la place nous nous efforcions de modifier les tendances qui chez les médecins nuisent réellement à l'accès aux soins.

Lindsay Hedden est candidate au doctorat à l'École de santé publique et des populations de l'Université de la Colombie-Britannique. [Morris Barer](#) est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeur au Centre de recherche sur les services et les politiques de la santé ainsi qu'à l'École de santé publique et des populations de l'Université de la Colombie-Britannique.

(septembre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Soleil*.

Seeing health care clearly

Canada's health care system performs well with a human touch

NORALOU ROOS

I had cataract surgery last year — a terrifying prospect for a visual person. I love art and ocean views and I was nervous about anyone working on my eyes. I delayed surgery a couple of times but finally committed. As it turned out, my surgery went fine. In fact, I loved that I could see colours vividly again. Our health system made that happen. And the care I received was expert and efficient.

Most Canadians report similarly positive encounters with the health care system. A total of 71 per cent of Canadians responding to a survey in 2012 rated their family's care over the previous five years as either good or very good. But when the survey asked the same people to rate the state of the health care system in general, only 55.5 per cent said it was either good or very good.

Those numbers don't line up: if the majority of Canadians are having good personal experiences with the health system, why are most people also saying the system works poorly?

It seems there is a disconnect between Canadians' personal views and their idea of how well the health system works for society at large. Canadians tout the public health care model as a big part of our national identity, say their experiences are mostly positive — but then worry the system is failing.

What we read in the papers probably has a lot to do with this. Two recent analyses of media coverage over several years, one by the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI) and the other by researchers Stuart Soroka at the University of Michigan, Antonia Maioni at McGill University and Pierre Martin at the University of Montreal, found that when specific health issues, such as wait times and doctor short-



“IT’S CRITICAL THAT THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN CANADA IS TOP NOTCH, BUT IT’S EQUALLY IMPORTANT THAT CARE BE DELIVERED IN WAYS THAT ARE SENSITIVE TO INDIVIDUAL, FAMILY AND CULTURAL NEEDS, AND DELIVERED WITH A HUMAN TOUCH.”

Noralou Roos, Professor, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba

Evidence
Network
.ca

ages, received heightened attention in print and on the airwaves, Canadians rated the issues as more important. When the coverage of subjects was more negative in a given year, respondents graded those areas of the system more negatively.

Policy experts often describe health care as a problem with incompatible solutions. We try to deliver care quickly, cheaply to everyone, everywhere and at the highest quality possible. As we assess each of these measures and make constant adjustments to the policy balance, new difficulties arise.

What we don't always take time to note is that by and large, Canada's health care system is a success.

The costs of the Canadian system are about the same as other countries with a similar GDP — and much less than the cost in the U.S. (\$4,602 versus \$8,745 per capita). Life expectancy in Canada is also similar to other major European countries (and much higher than that of Americans — 81.5 years versus 78.7). The big picture numbers tell a success story.

But there's more to a quality interaction with the health system than just statistics; there's also the human touch. My own recent surgery illustrates another winning aspect of the system that is best illustrated through the experiences of two other patients in the surgery wing that day.

The hospital told me in advance that all patients needed someone scheduled to pick them up after surgery. My husband agreed to pick me up, and on the day of my surgery, I sat in a waiting room with several other patients as nurses doled out pre-surgery eye drops.

The woman next to me did not speak English and there was an obvious problem: it seemed no one had been scheduled to pick her up after surgery. They found someone who could communicate with her in her language in a limited way, and explained that they could not operate without someone to help her home. After about 45 minutes, the hospital staff located a family friend and in to surgery she went.

Another man that day received special care. After the surgery staff discovered that he had planned to walk back to his assisted living facility alone. The nurses told the man they couldn't let him walk home and suggested he take a taxi instead. But he couldn't afford a taxi. Don't worry, they said, we can arrange for a taxi to take you back and you won't have to pay.

It's critical that the quality of medical care in Canada is top notch, but it's equally important that care be delivered in ways that are sensitive to individual, family and cultural needs — delivered with a human touch. I was impressed that the nurses were taking particular care to make sure that the system worked for everyone.

I'm thankful to our health system for seeing clearly now. I hope as we move forward on

the perpetual path to reform health care in this country — shortening wait times, improving access, enhancing quality — that we keep in mind it's pretty good to begin with.

Noralou Roos is a professor in the department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba, and the director and co-founder of EvidenceNetwork.ca.

(September 2014)

A version of this commentary appeared in the *Winnipeg Free Press*, the *Windsor Star* and the *Victoria Times Colonist*.

Voir clairement

Le système canadien de soins de santé fonctionne bien, avec une touche d'humanité

NORALOU ROOS

J'ai subi, l'année dernière, une chirurgie de la cataracte, une expérience qu'une personne visuelle anticipe avec terreur. Amoureuse des arts et adorant contempler l'océan, j'étais nerveuse à l'idée que quelqu'un touche à mes yeux. J'ai reporté la chirurgie à quelques reprises, mais je m'y suis finalement résignée. Et tout s'est bien passé, en fin de compte. Pour tout dire, j'ai bien aimé être de nouveau capable de bien voir les couleurs. J'ai eu accès à cette opération grâce à notre système de santé et les soins que j'ai reçus m'ont été offerts par des professionnels expérimentés et efficaces.

La plupart des Canadiens disent avoir vécu des expériences tout aussi positives que la mienne lorsqu'ils ont été en contact avec le système de soins de santé. Lors d'un sondage effectué en 2012, 71 pour cent des répondants **ont déclaré** que les soins prodigués à leur famille au cours des cinq dernières années avaient été bons ou très bons. Toutefois, à la question demandant aux répondants d'évaluer l'état général du système de santé, seulement 55,5 pour cent ont déclaré qu'il était en bon état ou très bon état.

Ces chiffres sont contradictoires : si la majorité des Canadiens vivent de bonnes expériences personnelles dans leurs rapports avec le système de soins de santé, pourquoi la plupart des gens affirment-ils en même temps que le système fonctionne mal?

Il semble y avoir un fossé chez les Canadiens entre leur opinion personnelle et l'idée qu'ils se font de l'efficacité du système de santé pour la société dans son ensemble. Les Canadiens considèrent avec fierté leur modèle de soins de santé public comme une partie importante de leur identité nationale et décrivent l'expérience qu'ils en ont comme



“IL EST ESSENTIEL QUE LES SOINS DE SANTÉ SOIENT DE PREMIÈRE QUALITÉ AU CANADA, MAIS IL EST ÉGALEMENT IMPORTANT QU'ILS SOIENT OFFERTS SELON DES MODALITÉS ADAPTÉES AUX BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES ET DES FAMILLES ET TENANT COMPTE DE LA DIVERSITÉ CULTURELLE DES PATIENTS, ET CE, AVEC UNE TOUCHE D'HUMANITÉ.”

Noralou Roos, professeure au Département des sciences de la santé communautaire de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba

Evidence
Network
.ca

étant essentiellement positive, mais se disent, du même souffle, préoccupés par le manque d'efficacité du système.

Ce que nous lisons dans les journaux a probablement beaucoup à voir avec cet état de choses. Deux analyses récentes de la couverture médiatique sur plusieurs années, l'une effectuée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) et l'autre par les chercheurs Stuart Soroka de l'Université du Michigan, Antonia Maioni de l'Université McGill et Pierre Martin de l'Université de Montréal, ont révélé que lorsque des problèmes précis liés au système de santé, tels que les temps d'attente et la pénurie de médecins, font l'objet de plus d'attention dans la presse écrite et sur les ondes, les Canadiens considèrent ces enjeux comme plus importants. Ces analyses révèlent aussi que lorsque la couverture est plus négative au cours d'une année donnée, les répondants portent un jugement plus négatif sur ces aspects du système.

Les spécialistes des politiques décrivent souvent les soins de santé comme un problème pour lequel nous disposons de solutions incompatibles les unes avec les autres. Nous nous efforçons d'offrir des soins de la meilleure qualité possible, rapidement et à bon marché pour tout le monde, partout. Et à mesure que nous évaluons chacune de ces mesures et procédons à des rajustements constants pour assurer un équilibre des politiques, de nouvelles difficultés surgissent.

Ce que nous ne prenons pas toujours le temps de signaler, c'est que le système canadien de soins de santé est une réussite dans l'ensemble.

Les coûts du système sont environ les mêmes que dans les autres pays qui ont un PIB comparable, et sont de beaucoup inférieurs à ceux qui ont cours aux États-Unis (4 602\$ contre 8 745\$ par habitant). L'espérance de vie au Canada est aussi similaire à celle qu'enregistrent d'autres grands pays européens (et de beaucoup supérieure à celle des Américains — 81,5 ans contre 78,7 ans). Au regard des chiffres, le tableau d'ensemble est celui d'une réussite.

Une interaction de qualité avec le système de santé n'est, par contre, pas simplement une question de statistiques; la dimension humaine importe également. La chirurgie que j'ai subie récemment illustre un autre aspect positif de notre système, que le récit de l'expérience vécue par deux autres patients du service de chirurgie ce jour-là me permettra de mettre en évidence de façon encore plus claire.

L'hôpital m'avait informée à l'avance que tous les patients devaient pouvoir compter sur quelqu'un qui serait en mesure venir les chercher après la chirurgie. Mon mari ayant accepté de venir me chercher, le jour de ma chirurgie, j'étais assise avec plusieurs autres patients dans la salle d'attente tandis que des infirmières nous mettaient les gouttes oculaires requises avant la chirurgie.

La femme qui était à côté de moi ne parlait pas anglais et était de toute évidence aux prises avec un problème de taille : personne, semblait-il, ne viendrait la chercher après la

chirurgie. Le personnel s'est alors employé à trouver une personne capable de communiquer un tant soit peu avec elle dans sa langue et de lui expliquer qu'on ne pourrait pas l'opérer s'il n'y avait personne pour l'aider à la maison. Au bout de 45 minutes, le personnel est arrivé à communiquer avec un ami de la femme et l'opération a pu avoir lieu.

Un autre patient a aussi eu droit à une attention particulière ce jour-là. Après la chirurgie, le personnel a constaté que l'homme avait prévu retourner seul, à pied, à la résidence avec services de soutien où il vivait. Les infirmières lui ont dit qu'elles ne pouvaient pas le laisser partir ainsi, lui suggérant de prendre un taxi. Il n'en avait cependant pas les moyens. Elles lui ont alors dit de ne pas s'en faire, qu'elles allaient s'occuper du taxi et qu'il n'aurait pas à payer pour son transport.

Il est essentiel que les soins de santé soient de première qualité au Canada, mais il est également important qu'ils soient offerts selon des modalités adaptées aux besoins particuliers des personnes et des familles et tenant compte de la diversité culturelle des patients, et ce, avec une touche d'humanité. J'ai été impressionnée de voir que les infirmières prenaient un soin particulier à s'assurer que le système fonctionne bien pour tout le monde.

Je me réjouis que notre système de soins de santé m'ait permis de voir clairement à nouveau. Alors que nous poursuivons sur la voie d'une perpétuelle réforme de notre système de soins de santé afin de continuellement réduire les temps d'attente, améliorer l'accès et rehausser la qualité des soins, j'espère que nous ne perdrons jamais de vue le fait que d'entrée de jeu nous avons un très bon système.

Noralou Roos est professeure au Département des sciences de la santé communautaire de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Elle est également directrice et cofondatrice d'EvidenceNetwork.ca.

(septembre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Quebec health reform Bill 10 puts Health Minister at centre

Micro-management of the health system not the answer

BY FRANÇOIS BÉLAND

Quebec has begun the process of reforming its beleaguered health care system yet again with the introduction of Bill 10. But will Bill 10 fulfill its promises of reconfiguring the organization and governance of Quebec's health and social services?

There are three clear principal goals of this reform : 1) To facilitate and simplify public access to services, improve the quality and safety of health care and make the network more efficient and effective; 2) To reduce bureaucracy; and 3) To establish a structure that will allow for more reforms of the health system by implementing new methods of financing.

Since the implementation 40 years ago of a complete and universal health insurance plan for all Quebec residents, structural reform has swept across the health and social services system every 10 years. The last one was in 2003-2004.

In other words, with a decade behind us, this new attempt at reform is completely predictable.

The Rochon reform of the 1990s and the Couillard-era reform at the beginning of the year 2000 were preceded with studies and reflections — vast consultations with health care providers and the population — planning documents and statements of intent.

Bill 10 is the exception. The only clear statement of intention we have comes from the six paragraphs describing the bill itself. The health minister wishes, we are told with Bill 10, to simplify access to care, improve its quality as well as increase the efficiency of health care providers. Laudable goals.



But how can this bill live up to its promises? What is in this bill that can provide some hope that health care can be of better quality, more efficient and more accessible? None of this can be done by a bill or by the minister.

The objectives of Bill 10 target the core of the health system and social services. It asserts that it will achieve its purpose by integrating regional services, creating regional networks, merging establishments and widening their missions and abolishing regional agencies. As for all other reforms, the government hopes to bring the patient closer to health care providers.

But what Bill 10 actually makes possible is the micro-management of the health care system.

The bill subjugates directors and boards of establishments to the minister. He will make decisions regarding their internal structure and intervene “in cases of actions incompatible with the rules of sound management,” all the while judging what is considered incompatible or not.

Bureaucrats are not only bureaucrats. They are managers. Establishments are not only bureaucracies, they are at the centre of decision-making. Good managers will make decisions and accept the consequences of their actions. With Bill 10, the ministerial role becomes much more intrusive: the autonomy of managers and boards will be reduced to nearly nothing and managers will become nothing but bureaucrats.

In other words, Bill 10 creates a bureaucracy-ridden health care system.

What will decision-makers do when faced with reduced responsibilities? What will a Minister do with his extended powers? He will enact rules, issue directives and ensure that they are implemented.

The reform aims to decentralize the system’s entire process of decision-making. But a local decision-making structure that has been decimated with excessive centralization will result in an oversized bureaucracy.

Instead of centres that will be accountable to the population, this bill promises to emasculate establishments to the will of the minister.

François Béland is an expert advisor with EvidencNetwork.ca and associate professor at l'École de santé publique at the Université de Montréal.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Huffington Post* and *Ottawa Life*.

La réforme réussira-t-elle à réduire la bureaucratie en santé?

FRANÇOIS BÉLAND

Le projet de loi 10 sur la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux du Québec peut-il remplir ses promesses? On peut en retenir trois : 1) « favoriser et simplifier l'accès aux services... améliorer la qualité des soins... accroître l'efficacité et l'efficacité »; 2) réduire la bureaucratie; et 3) en filigrane, établir une structure qui permettra de poursuivre les réformes du système de santé, entre autres, par l'implantation de nouvelles façons de financer les soins.

La ritournelle des promesses

Depuis l'instauration, il y a plus de 40 ans, du régime d'assurance maladie public et universel, une réforme de structure balaie le réseau de la santé et des services tous les dix ans. La dernière date de 2003-2004. Celle d'aujourd'hui était à prévoir.

La réforme Rochon des années 1990 et Couillard des années 2000 ont été précédées d'études et de réflexions, de consultations du réseau et de la population, de documents de planification et d'énoncés de programme. Le projet de loi 10 fait exception. Le seul énoncé d'intentions accessible à la population se retrouve dans les six paragraphes de notes explicatives du projet de loi.

Par le projet de loi 10, le ministre entend simplifier l'accès aux soins, améliorer leur qualité, accroître l'efficacité des équipes de soins. Comment ce projet de loi peut-il tenir ses promesses? Qu'y a-t-il dans ce projet qui puisse soulever l'espoir de meilleurs accès, qualité et efficacité? Aucune ne se commande par projet de loi ni ne se gère par ministre interposé.

Les objectifs du projet de loi 10 visent la raison d'être du réseau de la santé et des services sociaux. Il prétend la poursuivre par l'intégration régionale des services, la création



de réseaux régionaux, la fusion d'établissements, l'élargissement de leurs missions et l'abolition des agences régionales. Comme dans les réformes passées, on veut rapprocher l'utilisateur et les prestataires de soins. Le ministre se rapprochera de la micro-gestion des établissements. Encore une fois, on ne s'occupe que des structures.

Puisque l'on retombe dans les ornières des réformes passées, il n'y a aucune raison d'attendre d'autres résultats.

Peut-on diminuer le nombre de bureaucrates tout en augmentant la bureaucratie?

Le projet de loi asservit les directeurs généraux des établissements et leurs conseils d'administration au ministre. Il pourra décider de leur structure interne et intervenir « si des gestes incompatibles avec les règles de saine gestion sont posés », tout en restant juge de ce qui est incompatible ou pas.

Les bureaucrates ne sont pas que des bureaucrates. Ils sont des gestionnaires. Les établissements ne sont pas que des bureaucraties, ils sont des centres de décision. De bons gestionnaires prennent des décisions et sont responsables de leurs conséquences. Avec le projet de loi 10, le bras du ministre s'allonge, l'autonomie des gestionnaires et des conseils d'administration se rétrécit comme peau de chagrin, les décideurs deviennent des bureaucrates. Le projet de loi 10 recrée une bureaucratie.

Que font les décideurs aux marges d'action réduites? Que fait un ministre aux pouvoirs élargis? Il édicte des règles, émet des directives, s'assure qu'elles sont implantées. La réforme vise une centralisation sans pareil de l'ensemble des processus de décisions dans le réseau. Une structure de décision locale atrophiée et une centralisation hypertrophiée ont pour résultat une bureaucratisation galopante.

Une réforme de structure qui pave la voie au financement par activité?

Le ministre Barrette entend modifier radicalement le financement des établissements : d'un budget global et historique, on passe au financement par activité. Les budgets annuels des établissements ne dépendent plus des budgets passés, mais de leur production, c'est-à-dire des épisodes de soins qu'ils traitent. En théorie, l'argent suit le patient. On prétend aussi que le financement par activité permettrait de favoriser la qualité des soins, la performance des établissements et la liberté de choix des patients.

Le financement par activité suppose que les établissements connaissent les coûts de production des épisodes de soins, les ajustent en fonction des paiements par épisode, développent l'expertise et disposent du pouvoir d'améliorer qualité et performance. Autrement dit, le financement par activité exige que les établissements soient de véritables centres de décision, disposent d'un système d'information raffiné sur leurs activités et leurs coûts, mettent en place une expertise sur la qualité et la performance des soins, mobilisent médecins et intervenants et maximisent leur revenu.

Le projet de loi 10 est en parfaite contradiction avec l'implantation d'un financement

par activité. Non seulement le ministre contrôlera-t-il la gestion des établissements, mais il rapatriera sous son autorité les systèmes d'information du réseau. Déjà que ces systèmes sont entièrement orientés vers les besoins d'information du ministère, comment peut-on penser que le ministère de la Santé et des Services sociaux puissent les réorienter pour satisfaire les besoins de gestion des établissements?

Le financement par activité exige une collecte d'informations précises, en temps réel, des activités des établissements. Un système d'information aussi minutieux aux mains du ministre dans un système ultra centralisé servira à corrompre les intentions d'un financement par activité. Dans les mains de ce ministre, le financement par activité deviendra le système ultime de surveillance des activités des établissements du réseau.

Au lieu de centres de décision responsables au service de la population, le projet de loi promet des établissements émasculés au service du ministre.

François Béland est expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca et professeur titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec* et *L'Aut Journal*.

Why you must see your doctor after a trip to the ER

MICHAEL J. SCHULL

Television shows have popularized the theatrical entrance into the hospital emergency room: patients racing down hallways on gurneys with worried doctors and nurses running alongside — great drama. How most patients leave the emergency room isn't quite as dramatic, but the facts tell a good news story. About 90 per cent of the five million visits to Ontario emergency rooms every year, and about 85 per cent of the more than 14 million visits Canadians make to emergency rooms annually, result in patients being discharged home.

The bad news is that too many of these patients receive inadequate follow-up care after their emergency room visit — and that can be deadly.

Ontario studies have shown that inadequate follow-up care after emergency room (ER) visits is common, with up to 30 per cent of patients with chronic illnesses not seeing a doctor within 30 days after they've been sent home from the ER. Why? In part, it's because fewer than one in three primary care physicians in Canada report being notified when their patients visit an emergency department. If physicians don't know their patients were in the ER, how can they ensure appropriate follow-up care?

There is growing evidence that when a patient with a chronic disease, such as diabetes, heart failure or emphysema sees their family doctor or specialist within 30 days of their ER discharge, the risk of death or hospitalization is significantly reduced. Such patients are often safe to discharge after an ER assessment, but prompt follow-up is virtually always recommended because they often need more tests and ongoing management of the chronic illness to avoid getting sicker, even with good care in the ER.



Patients seen by their own doctors after an ER discharge are more likely to be taking the necessary medications and to have undergone needed diagnostic testing than those who miss follow-up care, suggesting that such patients have risk factors that can be improved through prompt follow-up.

As a practicing emergency physician, I know it's hard to always focus on the discharge of my ER patients. A pharmacist once called me a few hours after I sent home an elderly woman with pneumonia for whom I had prescribed an antibiotic. The pharmacist wanted me to change the prescription since the antibiotic I prescribed should not be taken at the same time as another drug the patient was on. I was aware that the drugs should not be taken together, but on that busy day, and with a hurried discharge of the patient out of the ER, I had failed to identify the potential problem which could have had serious consequences if not for the sharp-eyed pharmacist.

In a recent [analysis](#) in *Healthcare Quarterly*, I highlight that we can improve clinical training and practice to reinforce the importance of patient follow-up after ER discharge, but just as critical are steps to make it easier for patients (or ER doctors) to arrange their own follow-up care.

Important innovations are happening. Most of us can book restaurant reservations, hotel and hair salon appointments online these days — would it not be great if you (or the ER doctor) could book your essential physician follow-up care before leaving the ER too? We may be approaching that in Alberta, which just launched an eReferral electronic system for enabling and tracking referrals, but it is not yet available in ERs across the country.

Health professionals recognize the problem, and efforts have been made to improve communication when discharging patients — for example using discharge checklists and written follow-up instructions — but also, crucially, taking the time necessary to ensure the patient or family has understood what they're being told. Yet, ER discharge planning remains spotty at best.

For now, the best approach may be for the emergency physician to spend more time with patients at discharge to ensure that they understand that their aftercare could be as important as the care they receive in the ER.

Physicians asked to see patients after an ER visit need to be accountable for seeing higher-priority patients within a reasonable time frame, and need to understand the crucial role they play in ensuring patients get appropriate treatment and investigations.

Hospitals need to be engaged too, by making it easier for the results of tests and clinical notes from an ER visit to be routinely available to primary care physicians and specialists after leaving the ER. In the absence of such information, prioritizing patients for follow-up by the primary care physician or specialist is, at best, a guessing game.

Hospitals, health regions and the government could track follow-up rates after ER discharge with data that is readily available at minimal cost. But given the absence of monitoring and reporting of follow-up rates or any incentives for ensuring follow-up, it is hard to identify any forces that would motivate providers to address the issue.

Meanwhile, poorly integrated care, where patients fall through the cracks as they transition from the ER back to the community and, sometimes, back to the ER again, will remain a notable shortcoming of our health care system. And a costly one for all of us.

Michael J. Schull is an advisor with EvidenceNetwork.ca and president and chief executive officer of the Institute for Clinical Evaluative Sciences, and professor in the Department of Medicine at the University of Toronto. He also practices as an emergency medicine specialist at Sunnybrook Health Sciences Centre in Toronto.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in *Ottawa Life*, the *Huffington Post*, and the *Miramichi Leader*.

L'importance des soins de suivi après une consultation à l'urgence

Pourquoi certains Canadiens tombent-ils entre les mailles du filet?

MICHAEL J. SCHULL

Les émissions de télévision montrent souvent des images de gens faisant une entrée théâtrale à l'urgence. Ils sont étendus sur des civières propulsées à toute vitesse dans les corridors et sont accompagnés de médecins et d'infirmières aux mines inquiètes, qui courent à leurs côtés. Une scène dramatique. En fait, la façon dont la plupart des patients quittent l'urgence n'est pas aussi spectaculaire. Au Canada, chaque année, les urgences font plus de 14 millions de consultations, et parmi celles-ci, environ 85 pour cent se terminent par un congé.

La mauvaise nouvelle, c'est que trop de patients ne reçoivent pas de soins de suivi adéquats après leur passage à l'urgence, une situation qui peut entraîner des décès.

Des études menées en Ontario ont démontré qu'une absence de soins adéquats à la suite d'une consultation à l'urgence est un fait fréquent. En effet, 30 pour cent des patients atteints d'une maladie chronique ne bénéficient pas des soins d'un médecin dans les 30 jours suivant leur congé de l'urgence. Cela est dû en partie au fait que, au Canada, moins de un médecin de premier recours sur trois dit être avisé du passage de ses patients à l'urgence. Si les médecins ne savent pas que leurs patients ont été traités à l'urgence, comment peuvent-ils fournir des soins de suivi adéquats?

Il existe de plus en plus de données probantes indiquant qu'un patient atteint d'une maladie chronique, comme le diabète, l'emphysème ou l'insuffisance cardiaque, qui voit son médecin de famille ou un spécialiste dans les 30 jours suivant son congé de l'urgence risque beaucoup moins de décéder ou d'être hospitalisé. Les patients peuvent



souvent recevoir leur congé en toute sécurité après une évaluation de leur condition à l'urgence mais un suivi est presque toujours recommandé puisque leur état exige d'autres examens et une gestion continue de la maladie chronique pour éviter que leur état n'empire, même après la prestation de bons soins à l'urgence.

Les patients vus par leur médecin après avoir obtenu leur congé de l'urgence sont plus susceptibles de prendre les médicaments et de subir les examens diagnostics dont ils ont besoin que les personnes privées de soins de suivi. Un suivi rapide peut donc diminuer les facteurs de risque.

En tant qu'urgentiste praticien, je sais combien il est difficile de travailler en étant constamment préoccupé par l'objectif de renvoyer les patients chez eux rapidement. Il m'est arrivé d'être appelé par un pharmacien quelques heures après le congé d'une patiente âgée à qui j'avais prescrit des antibiotiques pour une pneumonie. Cet antibiotique ne pouvait être combiné à un autre médicament qu'elle prenait. Bien que je connaissais le danger de la prise conjointe de ces médicaments, je n'avais pas relevé cette incompatibilité, étant préoccupé à expédier le congé de la patiente un jour où la salle d'urgence était particulièrement bondée. Sans la vigilance du pharmacien, cette erreur aurait pu avoir de graves conséquences.

Dans une récente analyse publiée dans la revue *Healthcare Quarterly* (en anglais), j'ai souligné le fait que nous pouvons améliorer la formation et la pratique cliniques en mettant l'accent sur l'importance des soins de suivi après un passage à l'urgence. Par ailleurs, il est tout aussi important de mettre en place des moyens qui permettent aux patients (et aux urgentistes) de prendre en charge leur propres soins de suivi.

D'importantes innovations sont en cours. La plupart d'entre nous pouvons maintenant faire des réservations au restaurant et à l'hôtel et prendre rendez-vous chez le coiffeur par Internet. Ne serait-il pas merveilleux si vous (ou l'urgentiste) pouviez prendre rendez-vous pour obtenir des soins de suivi essentiels auprès de votre médecin avant de quitter l'urgence? Il semble que ce sera bientôt possible en Alberta, où l'on vient tout juste de mettre en place un système électronique d'orientation qui permet de faire des aiguillages et d'en assurer le suivi. Toutefois, cet outil n'est pas encore disponible dans les autres provinces du pays.

Les professionnels de la santé reconnaissent le problème et des efforts ont été faits pour améliorer la communication au moment de donner au patient son congé. Par exemple, on utilise des listes de contrôle au moment de donner un congé et un document contenant des instructions pour le suivi. Il importe aussi de prendre le temps nécessaire de s'assurer que le patient ou la famille ait bien compris l'information reçue. Or, la planification d'un congé de l'urgence demeure, au mieux, incomplète.

Pour l'instant, l'urgentiste devrait passer plus de temps auprès du patient avant de lui

accorder son congé afin de s'assurer que celui-ci comprenne bien que le suivi est aussi important que les soins reçus à l'urgence.

Les médecins à qui on demande de recevoir des patients après un passage à l'urgence doivent être tenus de recevoir ceux dont le statut est prioritaire, et ce dans des délais raisonnables. Ils doivent comprendre l'importance du rôle qu'ils jouent dans les efforts pour assurer aux patients des analyses médicales et des traitements appropriés.

Les hôpitaux doivent aussi participer à ces efforts en s'assurant que les résultats des analyses faites à l'urgence ainsi que les notes cliniques soient facilement accessibles aux médecins de premier recours et aux spécialistes. En l'absence de cette information, le classement des patients par priorités à des fins de suivi par le médecin de premier recours ou un spécialiste est, au mieux, approximatif.

Les hôpitaux, les régions sanitaires et le gouvernement auraient les moyens de surveiller les taux de suivi après un congé de l'urgence à l'aide de données facilement accessibles, et ce à un coût minime. Compte tenu de l'absence de surveillance, de déclaration des taux de suivi ou de mesures incitatives pour assurer les suivis, il est difficile de déterminer quelles sont les forces qui pourraient inciter les fournisseurs de soins à se pencher sur ce dossier.

En raison d'une mauvaise intégration des soins, les patients sortant des urgences qui retournent dans la communauté tombent souvent entre les mailles du filet, ce qui les rend à risque de devoir retourner consulter aux urgences. Cette lacune constitue un important raté de notre système de santé, un raté qui coûte très cher à la collectivité.

Michael J. Schull agit comme conseiller auprès d'EvidenceNetwork.ca, est président et directeur général de l'Institut de recherche en services de santé et professeur au Département de médecine à l'Université de Toronto. Il est également urgentiste praticien au Sunnybrook Health Sciences Centre, à Toronto.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Canada relying too heavily on unpaid caregivers — at a cost

Almost half a million Canadians go without necessary homecare

NICOLE F. BERNIER

The unexpected and largely unreported good news about homecare in this country is that the vast majority of Canadians who receive home help or homecare for a chronic health condition are getting all the services they need.

According to a recently released [Statistics Canada article](#), 2.2 million individuals representing eight per cent of Canadians 15 years and older received homecare in 2012. Most of these individuals, 1.8 million, consider that over a one-year period they received all the services they required (such as personal care, transportation or household maintenance) to help with their daily activities. Only a minority, approximately 15 per cent, said they had unmet homecare needs.

Fully meeting the needs of the vast majority of homecare recipients is a notable achievement for Canada, considering this country has no national homecare system, and considering that provinces, which have jurisdiction over homecare, are known for anaemic budgetary expenditures in this area.

So how does Canada achieve so much with so little? Canada has a heavy reliance on informal, unpaid caregivers.

Informal caregivers consist mainly of spouses and adult children of persons with homecare needs, but may also include their other relatives, friends and neighbours. Women are more likely to be caregivers and to provide more care hours than men, and spouses are the first resort for care.

Together, 8.1 million informal caregivers provide an estimated 70 to 80 per cent of all homecare in this country, free of charge. Every year, they are saving the public purse an



estimated \$24 to \$31 billion — no small amount. Thanks to their major contribution, formal services paid by taxpayers play only a subsidiary role in home help and homecare provision.

Paid providers from public health care agencies come into play when unpaid family care is not available or is insufficient, and when other options, volunteer or private, are not viable either.

So what's the problem?

Unpaid caregivers typically want and prefer to provide the care to their loved ones, rather than having formal care providers come into the home. But the role can be demanding.

According to a 2013 [Statistics Canada report](#), nine in every 10 informal caregivers provides care for a year or more. One in every 10 provides 30 hours or more of care every week. One in five considers that care giving impacts their physical and emotional health negatively. Many informal caregivers incur care-related out-of-pocket expenses, miss days at work, or have to reduce their paid work hours. Some even quit their job. For employers, this may translate to absenteeism and lost productivity.

A [detailed analysis](#) by the Institute for Research on Public Policy (IRPP) by Janice Keefe shows that only limited and inconsistent financial supports and in-kind services are available to informal caregivers. As a result, caregivers are left mostly on their own to deal with the negative — and sometimes catastrophic — economic, health and well-being consequences.

In other words, unpaid care giving comes at a cost for the ones who provide it.

Then there's the reality that not everyone has a network of friends and family they can call on who are able, capable or willing to handle sometimes complex care needs — in many cases, for care needs required over long periods of time. In 2012, nearly 461,000 Canadians 15 years of age and older suffering from a chronic condition needed homecare but had none — formal or informal. What happened to them as a result is left in part to our imagination. But evidence suggests some of the care gaps may well have resulted in individuals unnecessarily entering hospitals or being transferred to nursing homes instead — at a substantially higher cost to governments than formal homecare.

Many Canadians don't realize that homecare services are not included in Medicare and provinces are not required to provide support and often do so only sparingly. The problem will likely be exacerbated over the next two to three decades, as the number of elderly Canadians needing assistance is expected to double. Demographic trends and changing patterns of participation in the labour force are such that a smaller cadre of adult children will be left to look after their aging parents.

Relying on unpaid caregivers left on their own is not a sustainable solution — and is

likely to have serious consequences for Canada moving forward. It's time for governments to step up and care for our caregivers — and make homecare a priority.

Nicole F. Bernier is an advisor with EvidenceNetwork.ca and research director of the Faces of Aging program at the Institute for Research on Public Policy.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Vancouver Province* and the *Saskatoon Star Phoenix*.

Les soins à domicile au Canada : les proches aidants en font les frais

Près d'un demi-million de Canadiens sont privés des soins à domicile dont ils ont besoin

NICOLE F. BERNIER

Voici une bonne nouvelle — inattendue et peu médiatisée — au sujet des soins à domicile au Canada : la grande majorité des personnes souffrant d'un problème de santé chronique reçoivent bien l'aide ou les soins à domicile dont elles ont besoin.

Selon une récente étude publiée par [Statistique Canada](#), 2,2 millions de personnes, soit huit pour cent de la population canadienne de 15 ans et plus, ont bénéficié des soins à domicile en 2012. La majorité d'entre elles, soit 1,8 million, considèrent qu'elles ont reçu toute l'aide nécessaire (comme des soins personnels, des services de transport ou une aide à l'entretien ménager) pour accomplir leurs activités quotidiennes. Seule une minorité, soit environ 15 pour cent, ont affirmé ne pas avoir eu tous les soins dont elles avaient besoin.

Autrement dit, le Canada réussit à combler les besoins de la vaste majorité des bénéficiaires de soins à domicile. Voilà une réalisation tout à fait remarquable pour un pays qui n'a pas de programme national à cet effet et dont les provinces, de qui relèvent les soins à domicile, consacrent de bien maigres budgets à ces services.

Comment le Canada accomplit-il tant avec si peu ? Tout simplement parce qu'il compte largement sur les proches aidants qui œuvrent sans rémunération.

Ces proches aidants sont généralement les conjoints et les enfants adultes des personnes qui nécessitent des soins à domicile, mais aussi les membres de la famille élargie, les amis, les voisins. Les femmes sont plus susceptibles d'assumer le rôle d'aidant, consacrant davantage d'heures que les hommes à des tâches de soins. Et ce sont notamment les conjointes qui se trouvent en première ligne.



Le Canada compte 8,1 millions de proches aidants qui, selon les estimations, dispensent gratuitement de 70 à 80 pour cent de tous les soins à domicile. Grâce à leur apport, les provinces épargnent quelque 24 à 31 milliards de dollars par année.

Les services formels payés par les contribuables ne jouent qu'un rôle secondaire dans les soins de longue durée. Ils entrent en scène lorsque les proches ne peuvent dispenser ces soins, en tout ou en partie, et lorsqu'il n'y a aucune autre ressource, bénévole ou privée, à la disposition des personnes ayant des incapacités.

Alors, quel est le problème ?

En général, les proches souhaitent aider leur parent et préfèrent s'en charger eux-mêmes plutôt que de recevoir des services à domicile fournis par du personnel rémunéré. Toutefois, leur rôle peut s'avérer très exigeant.

Selon un [rapport](#) publié par Statistique Canada, neuf proches aidants sur 10 prodiguent des soins pendant une année ou plus. Un aidant sur 10 consacre 30 heures ou plus chaque semaine à la prestation de soins. Un aidant sur cinq considère que les soins qu'il donne nuisent à sa santé physique et mentale. Nombre d'aidants paient de leur poche certaines dépenses liées aux soins, perdent des journées de travail ou doivent réduire leurs heures de travail rémunéré. Certains sont même obligés de quitter leur emploi. Les employeurs en subissent aussi les conséquences, devant assumer les coûts de l'absentéisme et parfois d'une productivité réduite au travail.

Une [analyse détaillée](#) de Janice Keefe pour l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP) démontre que les proches aidants ont un accès limité et aléatoire tant aux services qu'au soutien financier. Ils sont en grande partie laissés à eux-mêmes lorsqu'ils sont aux prises avec les effets négatifs, parfois catastrophiques, qu'a la prestation de soins sur leur situation financière, leur santé et leur bien-être.

Bref, les aidants font les frais des soins qu'ils fournissent à titre bénévole.

Et puis il y a les personnes qui n'ont ni famille ni ami capable ou désireux de les aider, car les soins peuvent s'avérer complexes et être de longue durée. En 2012, près de 461 000 Canadiens de 15 ans et plus atteints d'un trouble de santé chronique avaient besoin de soins à domicile, mais n'en ont reçu aucuns, ni de la part de professionnels ni de la part d'un proche. Si nous ne savons pas exactement ce qu'il est advenu de ces personnes, des données probantes indiquent que les lacunes dans les soins à domicile ont pu occasionner des hospitalisations ou des transferts non appropriés dans des établissements de soins. Bien sûr, ces hospitalisations et transferts sont de loin plus onéreux pour les gouvernements que des soins à domicile rémunérés.

Nombre de citoyens ignorent que le régime d'assurance-maladie ne couvre pas les soins à domicile, que les provinces ne sont pas tenues de fournir un soutien et que l'aide qu'elles accordent est souvent limitée. Le problème risque de s'accroître au cours des

deux ou trois prochaines décennies, au cours desquelles le nombre de personnes âgées nécessitant une assistance devrait doubler au Canada. Les tendances démographiques et l'évolution de la participation au marché du travail font en sorte qu'il ne restera qu'une petite population d'adultes pour prendre soin de leurs parents vieillissants.

Compter sur des proches aidants laissés à eux-mêmes n'est pas une solution durable et risque d'avoir des conséquences fâcheuses pour le pays. Les gouvernements doivent passer à l'action : prendre soin des proches aidants et donner priorité aux soins à domicile.

Nicole F. Bernier est conseillère auprès d'EvidenceNetwork.ca et directrice de la recherche au programme Les défis du vieillissement à l'Institut de recherche en politiques publiques.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans Le Huffington Post Québec

Chapter 3: Private, For-Profit Solutions

Let's not have *Groundhog Day* in Alberta's public health care

By DON DICK AND LINDA WOODHOUSE

Is it *Groundhog Day* in Alberta? We Albertans seem doomed to wake every day to the same thorny and emotional debate: public health care vs. private health care.

It's a mug's game but we appear as inexorably caught in it as the weatherman in the movie *Groundhog Day*, who realizes he is hopelessly condemned to spend the rest of his life in the *same place*, seeing the *same people* do the *same thing* day after day after day.

Dr. Robert Hollinshead's announcement before Christmas that he will become the first surgeon in Alberta offering for-hire surgery in a private clinic outside of the public medical system has sparked needed discussion among physicians. Behind his decision are years of pent-up frustration with long waits for surgery. He proposes "a functioning private option" as a way of making more beds and operating rooms available, thus reducing waiting times.

But we're afraid it will be *Groundhog Day* again as discussion gets bogged down in a debate about public vs. private services.

Maybe it's easier to spill our emotions than it is to get down to the hard slogging required to fix what we have. But the public needs to know that, contrary to what is often stated, we can fix public health care, not with ever larger doses of taxpayer dollars, but with intelligent, innovative ideas founded on evidence and clinical experience.

The first thing to understand is that our public medical system was built for an age when life-threatening acute illness dominated the medical landscape. In response, we built large hospitals suitable for dealing with episodes of acute illness.

Today, our number one medical challenge is chronic disease — diabetes, hypertension, osteoarthritis and even some cancers, to name a few. Chronic disease is long-term and requires care best delivered in the community by a multidisciplinary partnership, rather



than a provider-to-provider hand-off.

Do we need to introduce a parallel private system to cope with this development? We have evidence this is not necessary. And the evidence comes from one of the most demanding areas of orthopaedic care: osteoarthritis leading to hip or knee replacement.

Over the past three years, we have succeeded in embedding an evidence-based model of care as the standard practice for hip and knee replacements across Alberta. Patient referrals are centralized. Care is delivered by multidisciplinary teams. A case manager navigates the patient through the system and coordinates services. At hip and knee clinics, referred patients are advised of their surgeon's waiting time and offered the next available surgeon, thus moving patients from those with the longest wait lists to those with the shortest.

In addition to these improvements in process and practice, Alberta has begun to make waiting time measurement parameters reflective of real-world circumstances. Where the wait for hip and knee replacements has routinely been measured from the date the patient *decides* to have surgery, it is now also being measured from the date the patient is actually *ready* for surgery.

As we have discovered, “decided” and “ready” can be months apart.

The patient who decides in March to have surgery may also decide in summer to take a vacation, postponing surgery to do so. The clock is not reset for these patients. Their wait beginning from decision date becomes part of the publicly reported average.

This occurs frequently. The numbers tell the story: for the 12 months ended October 31, 2013, the wait from *decision* date to surgery was approximately 42 weeks for hip or knee replacement in Alberta. However, measured from the *ready* date, wait times dropped dramatically — to 23 weeks. This is one of the lowest wait times in Canada.

Length of stay in hospital is also down. Patients — better prepared for surgery and recovery under the model of care — are going home sooner, opening up bed space for the next patient. Alberta has, as a result, gained 33,000 bed-days since 2010.

Hip and knee replacement is but one area of orthopaedic care, albeit a major one. But the point is this: the model can be expanded to other areas of orthopaedics, and to other areas of medicine. It is the right model for today's chronic disease challenge. And it is working without inducement from a parallel private system.

Let's not wake to *Groundhog Day* . . . the same emotional debate about private vs. public health care. The system we have can be made much better. It requires hard slogging. But it works.

Don Dick is an advisor with EvidenceNetwork.ca, an Edmonton orthopaedic surgeon and senior medical director of the Alberta Bone and Joint Health Strategic Clinical Network (BJHSCN). Dr. Linda Woodhouse holds the David Magee Endowed Chair in Musculoskeletal Clinical Research and

is scientific director of the BJHSCN.

(January 2014)

A version of this commentary appeared in the *Calgary Herald*, the *Huffington Post* and the *Edmonton Journal*.

What problem do we believe private health insurance is going to fix?

MARK STABILE

Canada is about to face its second court challenge over restrictions on private health insurance when Dr. Brian Day's case appears before the courts in September 2014. It is true that there are examples of jurisdictions that value universal health insurance coverage and also allow private insurance — the U.K. and Sweden would be two examples. But it is important to note that although these countries, among others, may allow for private insurance, they still have many of the same problems with their health care system that Canada does.

A recent [review](#) of the economic evidence on the effects of private insurance on public health care systems that I wrote with Matt Townsend for the *Encyclopedia of Health Economics* suggests that there is little evidence for many of the benefits that advocates of private insurance claim will occur for those who do not make use of the private system, such as shorter wait times or lower public costs.

The first thing to note is that very few people in most countries purchase private insurance for care covered in the public system. In the U.K., for example, it is less than 10 per cent, and in Sweden, it is fewer than that. For the remaining 90 per cent plus of the population, the weight of the evidence suggests that private insurance provides little benefit for the rest of the system.

There is evidence that physicians shift their time to the private system resulting in fewer publicly funded services. And there is evidence that the cases left in the public system are most complicated and costly.

But there is little evidence that wait times in the public system go down. And there is little evidence that a private system reduces the costs of public systems. In fact, in some



jurisdictions, overall costs in the public system actually went up in those cases where the tax system subsidizes people who purchase private insurance (as Canada does).

Overall, those systems that have private insurance have had to continue to grapple with issues of costs and access, much as we do here in Canada.

What is slightly more exceptional about the Canadian system is how it continues to promote inequality through two accidents of history. First, the evolution of our system from a system of mostly private insurance to one that focused on public insurance, first for hospital services, then doctors services, has left large holes in both coverage and financing. We continue to exclude prescription drugs from our basket of medically necessary goods.

Secondly, we continue allow for regressive subsidies through our tax code for employer provided health insurance. When we receive insurance through an employer we don't pay tax on the benefit the way we do with wages. It's a lot of money — more than \$3 billion a year. And people in the highest tax bracket (29 per cent plus provincial taxes putting people in most provinces over 40 per cent) save over 40 cents on each \$1 of health insurance they receive from their employer. People in the lowest tax bracket get less than half of that per \$1, making it a very regressive subsidy that contributes to inequality in this country.

We are more like the U.S. than the rest of the world in these respects, except that the Affordable Care Act (Obama Care), despite its flaws, aims to provide a much more comprehensive basket of medically necessary goods, including both prescription drugs and mental health treatment when required, and takes steps to counter the inequalities generated by unfair tax subsidies. These are first order problems with the Canadian system that need to be fixed.

International comparisons can't provide all the answers to Canada's health care system woes, but they can show us where there are similar problems even among differing health care systems. Those countries with two-tier health insurance still manage to provide a reasonable quality of care for their citizens, but they continue to face many of the same challenges we do.

To really improve our health care system we'll have to look beyond simple solutions that other nations have shown don't really work. Focusing on reducing the ways in which our system contributes to inequality would be a good place to start.

Mark Stabile is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, director, School of Public Policy and Governance and professor, Rotman School of Management, University of Toronto and a fellow at the Martin Prosperity Institute. Follow him on Twitter @StabileMark

(March 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post* and the *Waterloo Region Record*.

Quels problèmes la privatisation de la santé était-elle censée régler, déjà?

MARK STABILE

Les règles qui limitent le financement privé de la santé au Canada feront l'objet d'une deuxième contestation judiciaire en septembre prochain, alors que la cause du Dr Brian Day sera entendue par les tribunaux. S'il est vrai qu'on trouve des pays qui adhèrent au principe de l'assurance-maladie universelle tout en autorisant sa cohabitation avec un régime privé (le Royaume-Uni et la Suède en sont des exemples), il importe de rappeler que des problèmes souvent très semblables aux nôtres persistent au sein de leurs systèmes de santé respectifs.

D'après un examen des données économiques touchant les effets des régimes d'assurance privée sur les systèmes de santé publics, que Matt Townsend et moi avons réalisé récemment pour l'*Encyclopedia of Health Economics*, rien ne permet de conclure que les avantages vantés par ses partisans, comme la réduction des temps d'attente ou des dépenses publiques, profiteront aux personnes qui ne recourent pas au privé.

Premier constat : dans la plupart des pays, bien peu de gens souscriront à une assurance privée pour couvrir des soins déjà remboursés par le régime public. Au Royaume-Uni, par exemple, la proportion est inférieure à 10 pour cent ; en Suède, elle est encore moindre. Tout indique que l'assurance privée n'apporte pas grand-chose au système de santé pour plus de 90 pour cent de la population.



Les données indiquent que le temps désormais consacré par les médecins aux soins à but lucratif conduit à une réduction des services financés par l'État. Et que les cas abandonnés au système public sont parmi les plus complexes et les plus coûteux.

Par ailleurs, rien ne permet de croire que les temps d'attente dans le système public

aient diminué. Ni que la présence d'un système privé ait permis de réduire les coûts du régime public. Dans les faits, on constate une augmentation réelle des coûts de la santé dans les pays où le régime fiscal subventionne les contribuables qui souscrivent à une assurance privée (comme le Canada).

Dans l'ensemble, les pays dotés d'un régime d'assurance privée restent aux prises avec des problèmes semblables à ceux qui nous préoccupent ici même au Canada, notamment sur le plan du coût et de l'accès.

Le système de santé canadien se distingue toutefois par un élément particulier : il contribue à perpétuer les inégalités, ce qui s'explique par deux hasards de l'histoire. Tout d'abord, le passage d'un système presque entièrement privé à un régime universel d'assurance-maladie, destiné dans un premier temps à couvrir les services hospitaliers, puis ceux des médecins, a laissé de grands trous en matière de couverture des soins et de financement. À titre d'exemple, les médicaments d'ordonnance continuent d'être exclus du panier de biens médicalement nécessaires.

Ensuite, notre code des impôts continue de permettre l'imposition dégressive des régimes d'assurance-maladie offerts par l'employeur. À la différence des salaires, ce type d'avantage n'est pas imposé. Cela représente un montant important : plus de trois milliards de dollars par an. Les contribuables qui se situent dans la fourchette de revenu la plus élevée (qui sont imposés à 29 pour cent, auquel s'ajoute l'impôt provincial, ce qui donne en tout un peu plus de 40 pour cent dans la plupart des provinces), épargnent 40 cents sur chaque dollar versé par l'employeur au chapitre de l'assurance-maladie. Par contre, ceux qui se trouvent dans la fourchette la plus basse épargnent à peine la moitié de cette somme. Il s'agit donc d'une mesure très régressive, qui contribue à creuser les inégalités dans notre pays.

À cet égard, nous ressemblons davantage aux États-Unis qu'à d'autres pays.

L'*Affordable Care Act* (Obama Care) vise toutefois, malgré ses lacunes, à offrir un panier de biens médicalement nécessaires beaucoup plus complet que le nôtre. En effet, celui-ci comprend au besoin des médicaments d'ordonnance et des soins de santé mentale. De plus, la loi américaine prévoit des mesures destinées à redresser les inégalités créées par des règles injustes en matière d'impôt. Ce sont là des problèmes fondamentaux qu'il faudra résoudre au Canada.

Le fait de se comparer à d'autres pays ne permet pas de trouver des solutions à tout, mais l'exercice a l'avantage de nous montrer qu'en dépit des éléments qui les distinguent, nos systèmes de santé sont aux prises avec des problèmes semblables. Les pays qui ont un régime à deux vitesses parviennent encore à offrir à leurs citoyens une qualité de soins convenable, mais ils continuent de faire face, à de nombreux égards, aux mêmes préoccupations que nous.

Pour véritablement améliorer notre système de santé, il faudra proposer autre chose que

des solutions simplistes, l'expérience ayant démontré qu'elles n'ont pas abouti à grand chose ailleurs. Réduire les facteurs qui contribuent aux inégalités constituerait sûrement un bon point de départ.

Mark Stabile est expert-conseil auprès du site EvidenceNetwork.ca. Il est directeur de la School of Public Policy and Governance, professeur à la Rotman School of Management de l'Université de Toronto et membre du Martin Prosperity Institute. Suivez-le sur Twitter : @StabileMark.

(mars 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Soleil* et *Le Huffington Post Québec*.

Cash for blood products a flawed policy

Paying donors not supported by the evidence

RYAN MEILI AND MONIKA DUTT

In the early 1980s, over 2,000 Canadians who received blood transfusions were infected with HIV and as many as 30,000 contracted Hepatitis C. This tragic scandal, and the Krever inquiry that followed, resulted in the overhaul of our blood donation system to ensure the safety of any blood products. This made Canada one of the safest countries for blood transfusion in the world.

Among the recommendations from Justice Krever was that Canada should not pay donors for blood or plasma, except in rare circumstances. This is in line with the World Health Organization's recommendation that all governments should strive for the safest process: using unpaid, voluntary blood and plasma donors.

Unfortunately, we are moving towards doing exactly that in Canada: paying cash for blood products.

In recent months, a private, for-profit company called Canadian Plasma Resources (CPR) has announced their intention to begin paying donors for plasma. They've opened three clinics in Ontario and begun to collect plasma, despite new legislation introduced by the Ontario government to prevent paid blood product donation.

How is this possible? Despite being urged by several medical organizations to deny regulatory approval of CPR and halt the sale of blood, Federal Minister of Health Rona Ambrose has remained silent on the issue. In the meantime, the company has simply moved forward with operations in the absence of federal regulation and despite provincial disapproval.

The ethical concerns around paying donors are significant. Those who tend to donate



blood products for payment are often the poorest citizens, a fact underlined by the establishment of CPR's clinics in impoverished neighbourhoods. Should we really be allowing a company to take advantage of social inequalities for profit, and in the process overturn long-standing evidence-based policies around safe use of blood products?

During his tenure as president of the International Federation of Blood Donor Organizations, Niels Mikkelsen cautioned that ministries of health, blood centres and voluntary donor associations must "continuously monitor the implementation of the blood legislation closely." Failing to do so, he warned, would result in nothing less than a disaster. Such a failure is precisely what CPR's operation represents.

The threat that paid blood donations pose to our health care system extends beyond questions of safe collection and processing. Dr. Neelam Dhingra of the World Health Organization contends that blood donation by voluntary unpaid donors is the "cornerstone of an adequate and safe blood supply." Why? For two reasons.

Firstly, WHO research has found that unpaid volunteers provide the safest blood donations. Among donors, this group consistently has the lowest prevalence of blood borne infections. Secondly, reliance on unpaid donations also plays a critical role in maintaining the supply of blood products. The WHO cautions that when a country permits paid blood donations, the number of voluntary donors actually decreases, threatening supply.

Allowing CPR to operate with its paid donation model would be a distinct change from Canada's voluntary blood donation system, posing significant ethical, safety and public health concerns. The fact that CPR has opened its doors without approval and in defiance of pending provincial legislation elevates the level of concern.

All of which makes it difficult to understand why the federal government continues to hold out the prospect of granting CPR a license. Health Minister Rona Ambrose and Health Canada should heed the advice of international experts, the Governments of Ontario and Quebec and the landmark Krever report and move quickly to stop companies paying for plasma.

Ryan Meili is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, assistant professor in the Department of Community Health and Epidemiology at the College of Medicine, University of Saskatchewan and a family doctor. @ryanmeili

Monika Dutt is the medical officer of health for Cape Breton, Nova Scotia and chair of Canadian Doctors for Medicare. @Monika Dutt

(May 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post* and the *Saskatoon StarPhoenix*

Une politique défailante à l'origine de la rétribution de donneurs de sang

Le paiement des produits sanguins n'est soutenu par aucune preuve

RYAN MEILI ET MONIKA DUTT

Au début des années 1980, plus de 2000 Canadiens ayant reçu des transfusions de sang ont été infectés par le VIH et 30 000 ont contracté l'hépatite C. Ce tragique scandale, et la commission Krever qui a suivi, ont donné lieu à une refonte de notre système de don de sang afin d'assurer la sécurité de tous les produits sanguins. Cette réforme a placé le Canada parmi les pays les plus sécuritaires à l'échelle mondiale en matière de transfusion sanguine.

Selon les conclusions du juge Krever, le Canada ne devrait pas rémunérer les donneurs pour les dons de sang ou de plasma, sauf en de rares circonstances. Cette recommandation concorde avec celle de l'Organisation mondiale de la santé voulant que tous les gouvernements multiplient les efforts pour assurer un processus sécuritaire : faire appel à des donneurs de sang et de plasma bénévoles et non rémunérés. Le Québec a pris les devants sur cette question en interdisant toute rémunération de don de sang et de plasma.

Malheureusement, une tendance inverse se manifeste au Canada : la rétribution des produits du sang.

En effet, au cours des derniers mois, une entreprise privée à but lucratif appelée Canadian Plasma Resources (CPR) a annoncé

son intention de rémunérer les dons de plasma. L'entreprise a ouvert trois cliniques de prélèvement de plasma en Ontario et a commencé ses activités, malgré la nouvelle loi présentée par le gouvernement de l'Ontario pour empêcher le paiement des dons de produits du sang.

Comment une telle chose est-elle possible ? Malgré les pressions exercées par plusieurs



organisations médicales pour s'opposer à l'approbation réglementaire de CPR et mettre fin à la vente de sang, la ministre fédérale de la Santé, Rona Ambrose, n'a pas pris position sur cette question. Pendant ce temps, CPR a simplement mis ses plans à exécution en l'absence d'une réglementation fédérale, et ce, malgré la désapprobation provinciale.

La rémunération des donneurs soulève d'importantes questions éthiques. Les personnes qui ont tendance à faire un don de sang en échange d'une rémunération sont souvent parmi les citoyens les plus pauvres, un fait qui est mis en évidence par l'établissement des cliniques de CPR dans des milieux défavorisés. Devrions-nous permettre à une entreprise de profiter des inégalités sociales à des fins lucratives, et dans cette mécanique, invalider des politiques basées sur des preuves depuis longtemps établies à l'égard de l'utilisation sécuritaire de produits du sang ?

Durant son mandat comme président de la Fédération internationale des organisations de donneurs de sang, Niels Mikkelsen a incité les ministres de la Santé, les centres de transfusion et les associations de donneurs volontaires à « surveiller continuellement et étroitement la mise en application de lois sur le sang. » Faute d'une telle vigilance, le système pourrait connaître des ratés. L'exploitation de CPR en est un exemple flagrant.

La menace que posent les dons de sang rémunérés à notre système de soins de santé dépasse largement la collecte et le traitement sécuritaires des produits sanguins. La Dre Neelam Dhingra, de l'Organisation mondiale de la santé, soutient que le don de sang par des donneurs volontaires non rémunérés est la « pierre angulaire d'un système d'approvisionnement sécuritaire de sang », et ce, pour deux raisons.

En premier lieu, la recherche de l'OMS révèle que les donneurs volontaires non rémunérés fournissent les dons de sang les plus sécuritaires. De fait, ce groupe affiche de manière constante la plus faible prévalence d'infections transmises par le sang.

En deuxième lieu, la dépendance aux dons non rémunérés joue un rôle essentiel dans le maintien d'un approvisionnement de produits sanguins. Selon l'information obtenue de l'OMS, lorsqu'un pays permet les dons de sang rémunérés, le nombre de donneurs volontaires diminue, ce qui pose une menace à l'approvisionnement.

Permettre à une entreprise comme CPR de mener ses activités selon un modèle de dons rémunérés représente un tournant radical dans le système de dons de sang bénévoles au Canada, et soulève des préoccupations en matière d'éthique, de sécurité et de santé publique. Le fait que CPR ait ouvert ses portes sans autorisation et en défiant la législation provinciale jette de l'huile sur le feu et accroît nos inquiétudes.

Ces éléments conjugués n'aident pas à comprendre pourquoi le gouvernement fédéral continue de maintenir la possibilité d'octroyer une licence à CPR. Rona Ambrose et Santé Canada devraient tenir compte de l'avis d'experts internationaux, des gouvernements de l'Ontario et du Québec et du rapport concluant du juge Krever et s'empresse d'interdire les entreprises de rémunérer les produits sanguins.

Ryan Meili est conseiller expert auprès d'EvidenceNetwork.ca, professeur adjoint au département de santé communautaire et d'épidémiologie du collège de médecine de l'Université de Saskatchewan et docteur en médecine familiale. @ryanmeili

Monika Dutt est médecin-hygiéniste en santé publique pour la région du Cape-Breton, en Nouvelle-Écosse, et présidente de Médecins canadiens pour le régime public. @Monika Dutt

(mai 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Why Canadian Medicare should neither ‘go Dutch’ nor ‘to the dogs’

Canada’s health care system faced some provocative comparisons recently

RYAN MEILI

First was Sarah Boston’s new book, *Lucky Dog*, in which she details her personal experience with thyroid cancer and navigating the Canadian health system. Boston, a veterinary oncologist, claims that Canadian dogs often have better access to health care than their human counterparts.

The next round of comparisons came from the Commonwealth Fund’s annual report analyzing 11 national health care systems. In line with their previous rankings, Canada appears to have underperformed, and the Netherlands comes out on top. This report cued the oft-repeated calls for Canada to embrace the free-market reforms that the Dutch and other European health systems have undertaken.

So should Canadian health care go Dutch or to the dogs? Neither.

Here’s the problem with Boston’s veterinary comparison and those who would convince us that private, for-profit care is the answer to all that ails Medicare: All dogs may go to heaven, but they certainly don’t all see the vet first. Veterinary care may be high quality and quickly accessed by those who can afford it, but it’s far from universal. In interviews, Boston acknowledges that she has witnessed clients re-mortgaging their houses to pay for their dogs’ cancer treatments.

When care gets too difficult or expensive for a cat or dog, many pet owners are faced with the option of having the animal put down. In Canada, we are fortunate that our universal health insurance means people don’t have to make choices between their homes or livelihoods and their lives.

While the problems with comparing Canadian health care to veterinary services are rather apparent, understanding why we cannot simply copy and paste a European



health care system requires more careful consideration. Health care systems don't exist in a vacuum: their structures, funding models, and usages are all informed by the nation they serve and other policies these countries adopt.

European countries that spend more money on social programs such as affordable housing, education and senior care consistently have better health outcomes than countries that are slashing these budgets. Why? Research estimates that access to health care accounts for only 25 per cent of health outcomes: the rest is largely determined by income, employment, education, housing, food security and other social and economic factors.

We can't talk about the success of national health care systems, in other words, without first considering the social programs that also influence health.

In any case, it's not all a bed of roses in Europe where health care is concerned. Market reforms in recent years have driven up costs in several European countries. Switzerland, Germany, and the Netherlands all outspend Canada on health care costs per capita. A lack of price controls for services in Switzerland means that an abdominal CT scan that would cost \$97 in Canada costs, on average, \$432 there. Since the Dutch government implemented market reforms in 2006, there has been some improvement in cost control. This has come, however, at the expense of patient choice and equitable access.

The Dutch have also introduced "co-pays" — a euphemism for user fees that ostensibly allow patients and the system to "go Dutch" by sharing the costs and discouraging excessive use. However, extensive research has shown that these types of fees simply discourage those most in need from accessing care in a timely fashion, thus causing them to present later in their illness, when they are sicker and their care actually costs more.

So instead of falling for false comparators, how can we have a broader, proactive conversation on the future of Canadian health care?

Boston's book highlights how isolated and frustrating the experience of a patient seeking treatment for a life-altering disease can be. She describes much of her frustration as stemming from rushed appointments that left little time for asking questions. What improvements in system efficiency or changes to compensation models would enable physicians to spend more time providing quality, patient-focused care?

Or, on the European front, why shouldn't Canada take advantage of the buying power of universal health coverage to expand access to pharmaceuticals, dental and eye care — which is a positive example we can borrow from European systems, and one many Canadians would welcome?

Canadian health care can't be simply equated to either veterinary services or European models. There are always lessons to learn by comparison, but we can't import elements

wholesale without considering the context.

Dr. Ryan Meili is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a medical doctor, and the author of A Healthy Society.

(July 2014)

A version of this commentary appeared in *iPolitics.ca*, the *Georgia Straight* and the *Winnipeg Free Press*.

Look to Alberta today, not 20 years ago, for guidance on private MRIs

Allowing private MRI clinics does not shorten wait times in public system

RYAN MEILI

This past week, Saskatchewan Premier Brad Wall [took to Twitter](#) to ask the question “Is it time to allow people to pay for their own private MRIs in Saskatchewan like they can do in Alberta?” This came after a radio show in which he’d received a call from a patient who’s been waiting three months for an MRI — one of many Saskatchewan patients who are, understandably, frustrated by long waits for essential imaging services. It’s a real problem. For that reason we should be very wary of false solutions, and look first to evidence before rhetoric takes over.

The best place to look for evidence is the province Wall references as a model: Alberta.

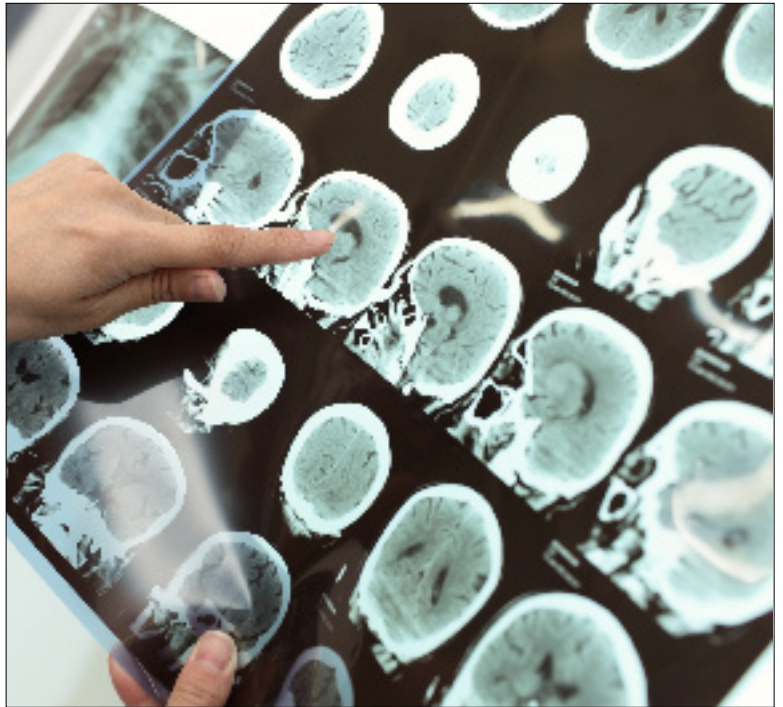
Many Saskatchewan residents have sought out care in Alberta’s private MRI clinics, giving the impression that the experiment there has been a success. It turns out, when we take a closer look, that things are not so wildly rosy in the land of private MRIs after all.

Perhaps the most surprising fact is that the wait list for an MRI in Alberta, rather than having been shortened by the presence of private imaging clinics, is actually the longest in the country.

[According](#) to the Canadian Institute for Health Information (CIHI), patients in Alberta can wait from 87 days (50th percentile) to up to 247 days (90th

percentile), compared with a 28 to 88 day wait in Saskatchewan. These waiting lists exist despite Alberta having the [second highest](#) number of scanners per capita in the country, suggesting that overuse may be a problem — a phenomenon that may actually be exacerbated by excess capacity.

It may seem counter-intuitive that the public wait list would lengthen in the context of



more MRI clinics and scanners. It appears that capacity, in the form of physicians and technologists, is siphoned off from the public system by parallel patient-pay services, a pattern that has been seen in surgery as well as imaging. Wall has talked about creating a mechanism for preventing this drift of resources from the public system, but the experience of jurisdictions around the world suggests this promise should be viewed with considerable skepticism.

More troubling yet is the question of equity. If an MRI scan is the limiting factor for getting a surgery, and I can pay for my scan, I get to have my publicly-funded surgery before someone in as much need but less able to pay out of pocket. This is the principle reason that the existence of patient-pay MRI clinics, as Wall pointed out in a 2008 [Star Phoenix interview](#) is against the Canada Health Act. They clearly violate the principle of universality by allowing certain patients to access care more quickly than others based on finances rather than medical need.

This is the reason that, while the reputation of Alberta suggests a preponderance of private imaging centres, the reality is that in recent years the province has moved away from the patient-pay model. Many of the private clinics charge the public system for the scan and charge the patient a premium on top. Alberta was also forced to repay some patients who had paid for medically-necessary scans out-of-pocket.

With no financial savings, and no increase in accessibility, there is actually little real impetus for provinces to promote patient-pay imaging centres. In fact, Alberta has moved in the opposite direction, increasing public capacity and ending the practice of contracting out services to private facilities. As a result, there appear to have been no new private MRI clinics built in Alberta in the last decade, as the business case for such operations is limited without public subsidy.

Along with failing to increase affordability and access, private MRIs pose a more insidious threat to publicly-funded health care. The more Canadians believe that they have to pay out of their own pocket for necessary care, the more we will see confidence in and commitment to Medicare eroded. We need strategies to improve access to diagnostic technologies that strengthen Medicare rather than undermining it.

Premier Wall has expressed a real interest in leading innovation in health policy. There are ways of improving access to MRI that don't undermine the principles of or confidence in the public system. Imaging is one of the most overused elements of our health care system. A 2013 [study](#) of MRI use in Alberta showed that over half of low back MRI scans in an Alberta hospital were not appropriate. Working to promote rational use of technology is one way to make sure it is available for those who need it most.

Expanding hours of use, training programs for personnel, and the number of machines in the public system is another. Anyone can learn from their own mistakes, a true leader learns from the mistakes of others. Saskatchewan should look closely at the experiences

of other provinces before choosing a path that, while seeming to offer solutions to our challenges in health care, could actually make them worse.

Ryan Meili is a family physician in Saskatoon, an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and vice-chair of Canadian Doctors for Medicare. @ryanmeili

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the Saskatoon *Star Phoenix*, the *Medical Post* and the *Vancouver Province*.

Private delivery of health care can work in a publicly funded system but comes with risks

What the rest of Canada can learn from Alberta's experience

STEPHEN DUCKETT

If you look at an old map of Canadian health care policy, just near Privatization Island is a big warning: “Here be dragons.” So it proved for Alberta Health Services last month when a seemingly innocuous decision — to swap the tender for laboratory services from a United States-based transnational corporation to an Australian one — provoked a furor of discontent.

Part of the problem is that “privatization” has two meanings. One is about increasing private funding of health care. In the Canadian context that is unequivocally bad.

It breaks the compact between Canadians that they are all in the same boat in terms of access to health care and strikes at one of the key differences between the U.S. and Canada. On one side of the border, people can sleep easy knowing they are protected against the costs of health care if something goes wrong for them or their family. On the southern side, the spectre of bankruptcy or no care looms, even in the post-Obamacare world.

But Alberta's controversy over lab contracts is about a different sort of privatization. It is about who delivers care in a publicly funded system. Opponents

wrongly evoked images of the Americanization of the health system and bemoaned profit-making in health care. Of course, swapping one private corporation for another doesn't change incentives. Nor is this the first excursion of profit making into health care: linen, food and security services are all provided by profit-making groups across Canada.



In fact, most medical services are provided by private physicians — often structured as professional corporations — who make their income from billing provincial governments. Some provinces have contracts with private corporations to provide direct care, such as cataract procedures or residential aged care.

Privatization of health delivery can work in a publicly funded system, but it is not free from risks, as I experienced in my time in Alberta. I inherited a number of private contracts, many of which were poorly specified. My departure contract precludes my detailing all their problems but some general lessons can be drawn from what is in the public domain.

First, negotiated contract prices may be too high. A contract for elective orthopaedic procedures in Calgary paid higher prices than what it cost in Calgary's public hospitals. Second, the contracting arrangements may be exposed to political meddling and provide no incentive to deliver the public sector the best price. Alberta's cataract contracts were the best example of this. Third, the contracts often have built in price and volume escalators which don't give public managers the control they need in times of financial cut backs. Facing an effective billion dollar cut by the provincial government, I couldn't look for the same savings from lab services in Edmonton we found in Calgary and the rest of the province because of the nature of existing contracts.

Poor specification of contracts and lock-in arrangements constrain future administrations, yet private providers often require long term contracts, especially where they need to build facilities to meet the contract terms and these facilities can't be used for any other purpose.

Another risk stems from poor costing processes in Canadian hospitals where few hospitals

undertake routine costing of patient care with proper allocation of overhead costs.

Poor contracts are endemic in the health sector partly because it is often difficult to specify adequately the product being purchased. Although advances in patient classification systems have improved our ability to describe the volume of patients or nursing-home residents who are to be treated or cared for under a contract, quality measures are still in their infancy.

The quality metrics included in a contract should be clear and public. What is the standard of care expected? How will the purchaser know it is being delivered? Is there arms-length separation of patient assessment and provision?

Finally, contracting will only yield savings if there is a market — where providers compete for best value in terms of price and quality. Absent a market, even a local one, purchasers could be hostage to monopoly providers or exposed to protect local inefficient suppliers for political reasons.

The response to privatization of health delivery should not be a knee-jerk one, that this is a no-go area for Canada. Rather, public purchasers should be held to account for the nature of the contracts they sign and should not be able to hide behind confidentiality clauses. They should disclose the prices being paid for services and demonstrate that they have negotiated a good deal for the public taxpayer.

Transparency won't solve all the issues of private sector contracting in health care, but without it, the risks will almost certainly outweigh the benefits.

Stephen Duckett is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and the former president and chief executive officer of Alberta Health Services.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in *CMAJ Blogs*, *National Newswatch* and the *Medical Post*.

La prestation de soins de santé privés est possible dans un système financé par l'État mais comporte certains risques

STEPHEN DUCKETT

Si vous examinez une vieille carte sur laquelle figurent les politiques canadiennes en matière de soins de santé, vous verrez, tout près de l'île de la Privatisation, un important avertissement signalant la présence d'embûches. C'est à celles-ci que les services de santé de l'Alberta se sont heurtés lorsqu'une décision apparemment anodine, celle de remplacer des services de laboratoire dispensés par une multinationale états-unienne par des services offerts par une société australienne, a provoqué de véhéments tollés.

Le problème est en partie dû au fait que le mot « privatisation » revêt deux sens. L'un parle d'exiger une plus grande contribution du privé. Dans le contexte canadien, cette option est immédiatement rejetée. Elle brise le pacte entre les Canadiens selon lequel tous les citoyens ont accès aux mêmes soins de santé. Elle mènerait aussi à l'élimination d'une des différences clés qui distinguent le Canada des États-Unis. D'un côté de la frontière, les gens peuvent dormir en paix, sachant qu'ils n'auront pas à déboursier pour être soignés si la maladie frappe un membre de leur famille ou eux-mêmes. Au sud de la frontière, la peur d'être ruiné ou privé de soins est omniprésente, malgré la mise en place de l'Obamacare.



Par ailleurs, la controverse qui frappe l'Alberta au sujet des contrats de services de laboratoire porte sur un autre aspect de la privatisation, celui du choix des prestataires de soins au sein d'un système financé par l'État. Les opposants évoquent à tort l'image d'une américanisation du système de santé et déplorent les activités lucratives dans le domaine de la santé. Évidemment, le fait de remplacer une société privée par une autre ne change en rien les objectifs visés. Ce n'est pas non plus la première fois que des interlocuteurs à but lucratif s'introduisent dans le monde de la santé.

Les vêtements hospitaliers, la nourriture et les services de sécurité sont tous fournis par des entreprises canadiennes.

En fait, la plupart des services médicaux sont dispensés par des médecins privés, lesquels sont souvent regroupés en corporations professionnelles. Ceux-ci gagnent leur vie en facturant les gouvernements provinciaux. Certaines provinces engagent sous contrat des entreprises privées pour prodiguer des soins directs, comme des chirurgies de cataractes ou des soins en résidences pour personnes âgées.

La privatisation de la prestation de soins au sein d'un système financé par l'État est possible, mais cette approche comporte certains risques, comme je l'ai constaté lors de mon séjour en Alberta. On m'a confié plusieurs contrats privés, dont nombre d'entre eux étaient peu définis. Mon contrat de départ m'interdit de révéler tout détail concernant les problèmes présents, mais certaines leçons peuvent être tirées du domaine public.

D'abord, les honoraires négociés dans le cadre de ces contrats sont parfois trop élevés. Un contrat établi pour la prestation de chirurgies orthopédiques électives à Calgary accordait des honoraires qui dépassaient ceux en vigueur dans les hôpitaux publics de la même ville. Aussi, les ententes contractuelles peuvent faire l'objet d'ingérence politique et n'offrir aucun élément incitatif qui pourrait faire en sorte que le secteur public bénéficie des meilleurs prix. Les contrats établis en Alberta pour les chirurgies de cataractes illustrent bien ce propos. Enfin, les contrats comportent souvent des clauses de variation de prix-volumes, ce qui prive les gestionnaires publics du contrôle dont ils ont besoin en périodes de compressions budgétaires. Faisant face à des compressions d'un milliard de dollars imposées par le gouvernement provincial, je ne pouvais pas réaliser les mêmes économies en services de laboratoire à Edmonton qu'à Calgary ou dans d'autres régions de la province en raison du contenu des contrats existants. Des contrats dont les dispositions sont peu précises et contraignantes nuisent aux futures administrations. Or les fournisseurs privés exigent souvent des contrats de longue durée, notamment lorsqu'ils doivent construire des installations pour respecter les clauses contractuelles et que ces installations ne peuvent être utilisées à d'autres fins.

Le recours à des processus déficients pour établir les coûts dans les hôpitaux canadiens entraîne aussi un autre risque, puisque peu d'hôpitaux établissent systématiquement les coûts des soins aux patients en tenant compte des coûts indirects.

Les mauvais contrats sont légion dans le secteur de la santé, en partie parce qu'il est souvent difficile de définir adéquatement le produit acheté. Bien que les avancées des systèmes de classement des patients aient amélioré notre capacité d'établir le nombre de patients ou de résidents dans les maisons de soins infirmiers qui doivent être traités ou qui nécessitent des soins faisant l'objet d'un contrat, l'établissement de mesures de la qualité en est encore au stade de balbutiements.

Dans un contrat, les paramètres quant à la qualité doivent être clairs et connus du pu-

blic. Quel sont les normes de soins visées? Comment l'acheteur pourra-t-il savoir que les soins sont dispensés avec diligence? Y a-t-il une entière séparation entre l'évaluation des patients et la prestation de soins?

Enfin, un contrat ne générera des épargnes que s'il existe un marché dans lequel les prestataires de service offrent le meilleur rapport qualité-prix. En l'absence d'un tel marché, même régional, les acheteurs pourraient être pris en otages par des fournisseurs qui auraient le monopole ou ils risqueraient de devoir protéger des fournisseurs inefficaces pour des raisons politiques.

La privatisation des soins de santé ne doit pas provoquer un réflexe aveugle ou une fermeture d'esprit pure et simple. Les acheteurs publics doivent plutôt avoir l'obligation de rendre des comptes et éviter d'inclure des clauses de confidentialité dans lesquelles ils pourraient se cacher. Ils doivent révéler les montants payés pour les services et démontrer qu'ils ont négocié des ententes qui bénéficient les contribuables.

La transparence ne règlera pas tous les problèmes liés à la sous-traitance à des entreprises privées dans le domaine de la santé. Mais en l'absence de celle-ci, les risques seront certainement plus nombreux que avantages.

Stephen Duckett agit comme conseiller-expert auprès d'EvidenceNetwork.ca et a déjà occupé le poste de président et de chef de la direction d'Alberta Health Services.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Soleil*.

Chapter 4: Health is More Than Health Care

Poverty costs Canada billions of dollars every year

Need for federal leadership on child poverty and inequity

JOHN MILLAR AND LAUREL ROTHMAN

Here's something Industry Minister James Moore should know, after making his remark that the federal government is not in the business of feeding Canada's poor children. Every year, Campaign 2000, a non-partisan public education movement to build awareness around poverty issues in Canada, releases a report on the state of our country's children. It doesn't paint a rosy picture.

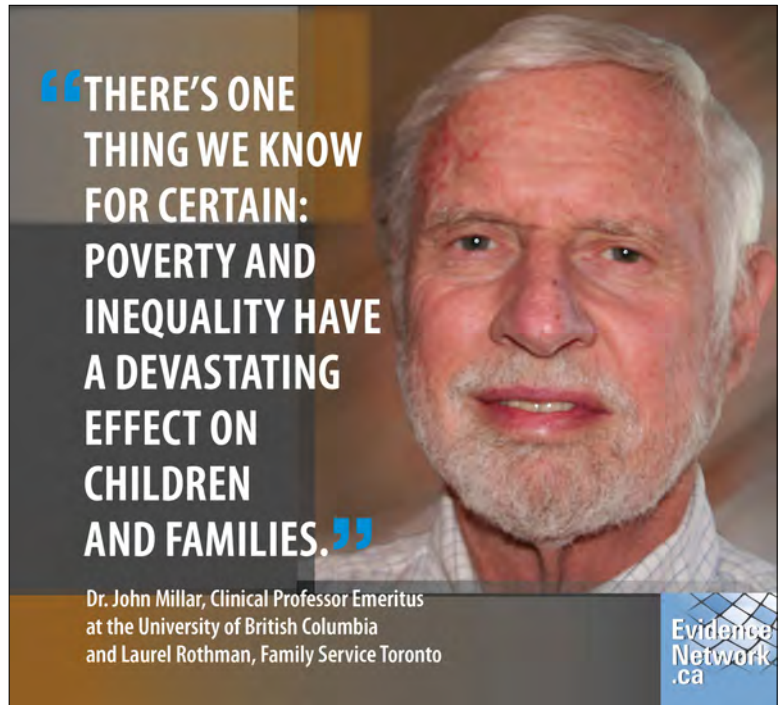
This year's report shows that child poverty in Canada continues at a high and unacceptable level, with income inequality continuing to grow. Most provinces and all three territories have recognized this as a crisis, and have put in place poverty reduction plans. Unfortunately, the federal government has yet to come to the table — or create a poverty reduction plan of its own — despite numerous recommendations from its own reports to do just that.

There's one thing we know for certain: Poverty and inequality have a devastating effect on children and families.

Poverty means living with constant worry about having enough healthy food to eat, adequate housing, clothing, not to mention time to get outside, to exercise and to socialize with friends and relatives. This applies not only to those living on incomes in the poorest 10 per

cent but also to those at each rung up the income scale; the middle class experiences more stress, a higher prevalence of disease and earlier death than high earners, while those with low incomes and living in poverty suffer most of all.

Here's what the evidence tells us. The stress of worrying about the basics of life lowers the body's defences against disease. As a result, we see a higher and increasing preva-



lence of all disease (obesity, diabetes, heart disease, stroke, cancer, lung disease, mental illness, addictions and others) among those who are worse off, right across the income gradient.

Children who go to school hungry and whose parents are under constant stress tend not to learn well and so become discouraged and leave school early. They then are often doomed to repeat the poverty cycle with low-paid work, chronic unemployment and a greater likelihood of becoming involved in crime and drug addiction as well as early pregnancy.

Data consistently show that poverty destroys opportunity and causes worse health outcomes. The poorer you are the more likely you will die early.

Why do we continue to have so much child and family poverty and inequality in a wealthy country like Canada?

In the late 80s, in Canada, as in many developed countries, the trend began toward smaller government, lower taxes, fewer social supports, privatization and a reliance on continued economic growth with “trickle down” economics to “raise all boats.” The result has been a flattening of income tax with greater relief for the wealthy, fewer social supports in the way of welfare rates, child benefits, employment insurance (EI) and other income supplements for the poor, and inadequate government investments in social housing, child care and development, education and skills training.

Despite decades of economic growth, benefits have not “trickled down” — almost 40 per cent of poor children have at least one parent working full time; in many families, parents hold down several low-paid jobs to try to make ends meet. While the income of low and middle income workers has stagnated, the very wealthy continue to increase their share of the pie.

This is an urgent issue for Canadians. More sick people means health care costs go up and more are dying at an earlier age. And more disease means workforce productivity is lowered and economic growth is threatened.

Taxpayers’ dollars (federal, provincial and local) are being wasted. Research by economists for the Ontario Association of Food Banks demonstrates that the cost of poverty in Canada is between \$72 and \$86 billion annually (health care, soup kitchens, shelters, police, corrections). Poverty could be eliminated for just a fraction of this amount.

We know what is needed to reduce poverty: increase pay for low-wage workers (a living wage); increase welfare rates, EI and child benefits; provide universal subsidized child care; invest in social housing, education and skills training; improve health care access; and specifically focus on First Nations’ issues.

We also know how this could be funded: restore more progressive income taxation, reduce the tax breaks, loopholes and offshore shelters for the wealthy, and ensure that our

natural resource revenue is used to improve the well-being of all.

We know what the problems are, we know what to do about them and we know how to fund the needed changes. It is now time for the federal government to show true leadership and work with the provinces, civil society and the corporate sector to implement a comprehensive poverty reduction plan for Canada.

John Millar is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a clinical professor emeritus at the University of British Columbia, and he is on the First Call Coordinating Committee. Laurel Rothman works at Family Service Toronto where she coordinates Campaign 2000: End Child Poverty in Canada.

(December 2013)

A version of this commentary appeared in *iPolitics.ca*, the *Hill Times* and *Ottawa Life*.

Growing demand on need to tackle income inequality

So, what's a fair wage ratio between the highest paid employee and the lowest?

RYAN MEILI

A disturbing but fleeting fact graced the news of the day on Jan. 2 this year. As of 1:11 a.m., top CEO compensation had exceeded what the average Canadian worker would earn all year. That average Canadian earned just under \$47,000 in 2012. It took the top 100 CEOs of Canada just over a day and a half to earn the same amount.

This gross inequality merits a brief mention, but tends to be forgotten as quickly as a New Year's resolution. It's hard to imagine anyone thinking this situation is fair, that the work of a CEO is over 200 times more important than that of other Canadians. Indeed, a 2012 poll showing over 70 per cent of Canadians believing that income inequality, now growing faster in Canada than the United States, presents a serious problem that undermines Canadian values.

One thing growing inequality certainly undermines is our health.

Greater levels of income inequality lead to worse health outcomes. This is most true for those who, as Pope Francis said in his recent letter, "must be content with the crumbs." People living in poverty suffer from far higher levels of illness, often having life expectancies 20 or more years less than the wealthiest members of society.

The ill health effects of inequality don't rest entirely with the poor, however. As Richard Wilkinson and Kate Pickett pointed out so well in their 2009 book, *The Spirit Level*, there's something about living in a country that is less equal that harms the physical and mental health of everyone in society, even those at or near the top of the socio-economic scale.

Whether it's higher levels of crime, a greater burden on social structures, or simply the toxic stress of constant competition, there's something about high levels of inequality that damages us all.



U.S. President Obama has called inequality, now reaching levels in his country not seen since just before the Great Depression, the “defining challenge of our time.” Even Canada’s Federal Finance Committee has released a report raising concerns about this issue and calling for some (albeit minor) changes to our income tax and benefit system to help offset inequality.

However much attention this issue merits, there is an inconvenient truth that few in the realm of politics are willing to discuss. To deal with income inequality, and thus prevent the economic and social harms it causes, some people have to be paid less than they’re currently earning and some people more. The incomes of those at the top of the scale and those at the bottom aren’t going to magically gravitate toward one another.

There needs to be a conscious decision, before or after taxes, to increase equality.

Perhaps this uncomfortable fact explains the fleeting attention paid to the whopping salaries of the top earners relative to the rest of us. Despite the growing chorus of concern, governments have been loath to legislate increased wages or even to effectively tax executive compensation (much of the pay of the highest earning CEOs is in stock options which are taxed at a lower rate than cash income). The flattening of tax rates and a laissez-faire approach to the economy are simply too sacrosanct to address, even in the face of mounting evidence of their harm.

Recognizing this intransigence on the part of the elected, one new organization, WageMark, is taking the case to the companies and the consumers themselves. Along the lines of Certified Fair Trade or Certified Organic, they offer a means to see, right on the packaging, the equality ethic of a company. Certified WageMark businesses have a maximum of 8:1 ratio between the highest paid employee and the lowest. To contrast that with the current situation, the second-highest paid CEO in the country in 2012 earned 500 times the national average wage, and over 1,000 times that of someone earning minimum wage. They’re a long way off the mark.

It’s a novel idea, and only time will tell if it catches on, but there’s one thing working in its favour. While ballooning CEO salaries have never been shown to boost company performance, reputation certainly has. If the growing attention to income inequality translates into consumer demand, then company policies will follow. And consumers are voters, so if the message resonates at the till, it may resonate at the ballot box as well.

Ryan Meili is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a Saskatoon family doctor and the director of Upstream, a new, national non-profit dedicated to improving health outcomes by addressing the social determinants of health.

(January 2014)

A version of this commentary appeared in the *Vancouver Province*, *iPolitics.ca* and the *Saskatoon Star Phoenix*.

How an inadequate minimum wage is linked to poorer health outcomes — for everyone

GARY BLOCH

At some point of almost every day in my office, I feel frustrated and powerless. At that moment, I find myself standing with my patient on the edge of a chasm: ill health lies in the crevasse below, good health lies on the other side. And we cannot, between us, build the bridge to get across. We know what that bridge looks like, but we do not have the materials to build it.

I have stood at that edge with Fatima, a single mother with two kids in school, who works at Tim Horton's full time, for minimum wage, at \$10.25 an hour. She suffers from low back pain and arthritis. She can barely pay her rent. She has no time to see a chiropractor, to exercise. She can't afford medications to treat her pain. She often has trouble feeding her family at the end of the month and eats less herself to make sure her kids get enough.

What she needs to build her bridge is clear: a higher income. She could build it if the minimum wage was set to bring her over the poverty line. That she has to live in this way with a full-time job, in a wealthy country, is a tragedy. That we set our minimum wage to benefit, first, companies' bottom lines, and not to ensure low-wage workers are able to stay healthy and to afford the basics of food, shelter, clothing and other necessities, is both a tragedy and a public health travesty.

The health evidence is clear: Fatima and her children are at extremely high risk of developing health problems, such as diabetes, heart disease, cancer and mental illness, all due to their inadequate income. I cannot prescribe drugs to alleviate that risk.

People like Fatima who live at low incomes live shorter lives, with more disability. Their

“PEOPLE WHO LIVE AT LOW INCOMES LIVE SHORTER LIVES, WITH MORE DISABILITY. THEIR WORK IS MORE PRECARIOUS, AND THEY TEND TO HAVE WORSE WORKING CONDITIONS, THAT PLACE THEM AT HIGHER RISK OF ILLNESS AND INJURY.”

Dr. Gary Bloch, family physician
with St. Michael's Hospital in Toronto

Evidence
Network
.ca

work is more precarious, and they tend to have worse working conditions that place them at higher risk of illness and injury.

And this is where our elected officials can act like doctors, by bringing an evidence-based approach to improving health and well-being to the forefront of their decision-making. In societies with less poverty and with less inequality, the evidence shows that everyone is healthier, even the well off. Our governments can continue to legislate poverty and ill health, or they can build legislative bridges to a healthier life for everyone.

These bridges are made of policies that ensure a livable income for everyone in Canada, including a minimum wage that brings workers above the poverty line and social assistance rates that enable people to pay the rent and eat a basic healthy diet. They are also made of policies that allow people to participate in society and protect their health, such as affordable child care and universal pharmacare.

And this approach makes economic sense: a 2008 study by the Ontario Association of Food Banks estimated poverty adds over \$7 billion to Canadian health care costs every year. The overall cost of poverty in Canada, to the public and private spheres, is estimated at up to \$85 billion per year. Analysts have demonstrated that programs to alleviate poverty can pay for themselves through, for example, increased tax revenues, reduced health costs, lower crime and increased productivity.

Policies that pay for themselves, increase economic output and improve health? These are the prescriptions I'd like to see written. And these are the bridges my patients need built.

Gary Bloch is a family physician with St. Michael's Hospital in Toronto, a founding member of Health Providers Against Poverty, and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.

(January 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Hill Times* and the *Daily Gleaner*.

Un salaire minimum insuffisant conduit à de piètres résultats en matière de santé : un constat universel

La pauvreté coûte jusqu'à 17 milliards de dollars par an au Québec

GARY BLOCH

Presque tous les jours, dans mon bureau, il arrive un moment où je me sens frustré et impuissant. À cet instant, c'est comme si je me trouvais au bord d'un gouffre en compagnie de mon patient, contemplant la maladie au fond du précipice et la santé, de l'autre côté. Et nous ne parvenons pas, lui et moi, à bâtir cette passerelle qui nous permettrait de traverser. Nous savons à quoi elle ressemblerait, mais nous n'avons pas les matériaux requis pour la construire.

Ce gouffre, je l'ai contemplé avec Fatima, une mère monoparentale avec deux enfants d'âge scolaire, qui travaille à plein temps chez Tim Hortons, au salaire minimum, c'est-à-dire 10,15\$ l'heure. Fatima souffre de maux de dos et d'arthrite. Elle arrive tout juste à payer son loyer. Elle n'a pas le temps de voir un chiropraticien ni de faire de l'exercice. Elle n'a pas les moyens de s'acheter des médicaments antidouleur. Souvent, elle peine à nourrir sa famille à la fin du mois, se privant pour que ses enfants mangent à leur faim.

Ce dont Fatima a besoin pour ériger sa passerelle est simple : un meilleur salaire. Elle pourrait la bâtir si le salaire minimum était suffisamment élevé pour se hisser au-dessus du seuil de pauvreté. Le fait qu'elle vive de cette



façon, alors qu'elle travaille à temps plein, dans un pays riche, est tragique. Le fait qu'on fixe le salaire minimum en fonction de la marge de profit des entreprises, sans mesure destinée à faire en sorte que les travailleuses et les travailleurs à bas salaire puissent conserver une bonne santé et satisfaire des besoins de base comme la nourriture, le logement, l'habillement et d'autres nécessités, est à la fois une tragédie et un travestissement de la santé publique.

Sur le plan de la santé, le constat est clair : Fatima et ses enfants courent un risque extrêmement élevé de connaître des problèmes de santé tels que le diabète, des maladies du cœur, un cancer ou des problèmes de santé mentale, tous attribuables au faible revenu de la famille. Quel médicament pourrais-je prescrire pour atténuer ce risque? Aucun.

Les gens qui subsistent sur un faible salaire, comme Fatima, vivent moins longtemps et souffrent davantage d'incapacité que le reste de la population. Ils occupent bien souvent un emploi précaire et leurs conditions de travail sont médiocres, ce qui les expose à un risque plus élevé de maladie et de blessure.

Voilà l'aspect sur lequel nos élus pourraient agir à la façon des médecins : en se fondant d'abord et avant tout, pour prendre des décisions, sur des données probantes en matière d'amélioration de l'état de santé et du bien-être. Dans les sociétés où il y a moins de pauvreté et moins d'inégalités, il est prouvé que l'état de santé de la population dans son entier est meilleur, même chez les bien nantis. Nos gouvernements ont un choix : continuer de légiférer sur la pauvreté et la maladie ou ériger des passerelles législatives afin que le plus grand nombre vivent en bonne santé.

Ces passerelles se construisent à partir de politiques qui garantissent un revenu convenable à l'ensemble de la population du Canada et du Québec, dont un salaire minimum permettant de vivre au-dessus du seuil de pauvreté, ainsi que des prestations sociales suffisantes pour payer le loyer et manger sainement. Elles sont faites aussi de politiques qui permettent aux gens de participer à la vie sociale et de préserver leur santé, comme des services de garde abordables et un régime universel d'assurance médicaments.

L'approche est avantageuse sur le plan économique : le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion évalue en effet à 17 milliards de dollars par an les coûts de la pauvreté seulement pour le Québec. Selon ses conclusions, le fait de hausser les salaires du quintile inférieur au même niveau que ceux du quintile suivant permettrait à cette province d'épargner 1,7 milliard de dollars en soins de santé. Les analystes ont démontré que les programmes de réduction de la pauvreté sont rentables, notamment grâce à l'augmentation des recettes fiscales, à la diminution des coûts de la santé, à la baisse de la criminalité et à l'accroissement de la productivité.

Des politiques rentables, un meilleur rendement économique, une amélioration de la santé de la population? Qui dit mieux? Voilà les ordonnances que j'aimerais voir rédiger. Voilà les passerelles dont mes patientes et mes patients ont besoin.

Gary Bloch est médecin de famille au St. Michael's Hospital de Toronto, membre fondateur de l'association Health Providers Against Poverty et expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca.

(janvier 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec* et *l'IRIS*.

Social policies must catch up with science

Epigenetics shows how social and physical environments influence genetic development

ELIZABETH LEE FORD JONES

We are not our genes.

The choices we make, from breakfast to bedtime, reshape our gene expression, moulding us into the people we are. Living an active life of purposeful activity with social support, eating nutritiously and sleeping well in a safe place to call home can reduce our risk of a host of diseases.

But more important than whether we make healthy choices is whether we *can* make them. Right now, many Canadians are struggling to make healthy choices for themselves and their families.

The late Clyde Hertzman, recipient of the Order of Canada for his groundbreaking work on early childhood development, said that much of childhood risk is preventable. At the anniversary of Hertzman's death this month, we must remember the powerful legacy he left behind; namely, his constant belief that by caring for children we can change schools, neighbourhoods, communities and cities — we can change the world.

Each child is born with 100 billion neurons, neither branched nor connected, with time sensitive windows of optimal opportunity.

We are, as you read this, building brains in our communities.

We can build good brains or bad ones, and the experiences available in the first 1,000 days of life have an enormous impact. Hence the importance of the early years: cuddling, singing, reading and an early tuck in to bed every night. The building blocks also stack and form in middle childhood and adolescence.



The environment we are in turns our genes off or on. Epigenetics, the study of changes to our genes that our children, and their children, could inherit, shows us that genes capture information from environmental exposures.

If the DNA is the hard drive, epigenetics is the operating system.

Consider the stress hormone cortisol, which is bad for the brain in excessive amounts: it switches genes off or on through specific receptors, such as those in the memory and learning centre, the hippocampus. The stress hormone receptor turns on or off depending upon the quality of care giving. When the cortisol is activated too often and there is no responsive adult to balance out that stress, it becomes toxic.

Poverty, neglect, family violence and substance abuse can expose children to toxic stress that changes their bodies and increases their likelihood of having many problems later in life, including early pregnancy, heart disease, asthma and cancer.

Researchers understand these processes well. The evidence that experience moulds our biology is undeniable, and prevention must occur in the homes of children, in the policies created in the halls of government and in society at large. But the paths to Queen's Park and Parliament Hill, where decisions are made, do not often cross through Canada's many impoverished neighbourhoods, such as Toronto's Regent Park, Jane and Finch and Scarborough, where healthy food is often scarce, and safe, affordable housing is hard-won. Closer to the city's borders, public transit is sorely lacking.

One in 2.9 Torontonians lives in a poverty postal code, according to the Toronto Community Foundation. These Canadians and others like them suffer from inadequate transit, safety, affordable housing and a lack of subsidized healthy food. For example, Regent Park didn't even have a grocery store until a few years ago.

Clyde Hertzman once said that neuroscience has caught up with social epidemiology. Unfortunately, our social policies have not caught up with these powerful sources of evidence, which have shown us the bonds between environment and health.

There is a fundamental disconnect between the parents most in need, who struggle each day to build the brains of their children and to keep them fed, and the policy-makers who decide how many building blocks to hand over for the task.

Canada invests too many resources into complex care — treating people once they're already sick — and too few into the factors that keep them healthy in the first place, starting in the first years of their lives.

A civil society requires a safe, supportive and affordable life for families, for optimal parenting that gives every child a chance in life.

Dr. Elizabeth Lee Ford-Jones is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a pediatrician specializing in social pediatrics, a Project Investigator at SickKids and a professor in the department of Paediatrics at the University of Toronto.

The above represent the opinions of Dr. Lee Ford-Jones and not necessarily the official positions of either The Hospital for Sick Children or the University of Toronto.

(February 2014)

A version of this commentary appeared in the *Huffington Post* and the *Guelph Mercury*.

Il faut que les politiques sociales rattrapent la science

L'épigénétique confirme l'incidence du milieu social et physique sur le développement génétique

ELIZABETH LEE FORD JONES

Un être vivant ne se résume pas à la somme de ses gènes.

Du petit-déjeuner au coucher, nos choix modifient constamment l'expression de nos gènes et façonnent notre être. Le fait de mener une vie active et utile, d'être entouré, de bien s'alimenter et de pouvoir dormir en sécurité chez soi contribue à réduire le risque de souffrir d'une foule de maladies.

Savoir faire des choix santé est important, certes, mais *pouvoir* les faire l'est encore davantage. En ce moment même, au Canada et au Québec, un grand nombre de personnes doivent se démenner pour y parvenir, pour eux-mêmes et pour leurs familles.

Le défunt Clyde Hertzman, récipiendaire de l'Ordre du Canada pour ses travaux avant-gardistes sur le développement des jeunes enfants, pensait qu'on pouvait prévenir une bonne part des risques durant l'enfance. À l'approche de l'anniversaire de son décès, le 8 février, il convient de rappeler le précieux héritage qu'il nous a laissé, soit la conviction inébranlable qu'il est possible — si l'on prend bien soin des enfants, de transformer les écoles, les quartiers, les milieux de vie et les villes — de transformer le monde.

Chaque enfant possède à la naissance 100 milliards de neurones non encore activés ou connectés, dont le fonctionnement dépend de conditions optimales à certaines époques de la vie.

Pendant que vous lisez ces lignes, des cerveaux sont en train de se construire dans nos communautés.



On peut construire de bons ou de mauvais cerveaux; les expériences vécues durant les mille premiers jours de l'existence ont une incidence énorme. D'où l'importance, dès les premières années, de cajoler son enfant, de lui chanter des comptines, de lui lire des histoires et de le border chaque soir. Tels des blocs de construction, ces expériences continueront de s'empiler et de s'emboîter pendant l'enfance et l'adolescence.

Notre milieu influe sur nos gènes : il les active ou les désactive. L'épigénétique, l'étude des changements génétiques susceptibles d'être hérités par nos enfants et par leurs propres enfants, nous enseigne que les gènes captent l'information découlant de notre exposition à notre environnement.

Si l'ADN forme le disque dur, l'épigénétique correspond au système d'exploitation.

Pensons à l'hormone du stress, le cortisol, nocif pour le cerveau lorsqu'il est sécrété en trop grande quantité. Le cortisol active ou désactive les gènes par le biais de récepteurs précis, tels que ceux qu'on trouve dans l'hippocampe, centre de la mémoire et de la connaissance. La qualité des soins détermine si un récepteur s'activera ou se désactivera. Lorsqu'il est sécrété trop souvent et qu'aucun adulte n'agit pour tempérer le stress, le cortisol devient toxique.

La pauvreté, la négligence, la violence familiale et la toxicomanie peuvent exposer les enfants à un stress toxique. Ce stress transforme leur organisme et augmente leurs chances de connaître une foule de problèmes plus tard dans la vie : grossesse précoce, maladie du cœur, asthme ou cancer.

Les scientifiques comprennent bien les processus en jeu. Les preuves confirmant que l'expérience façonne la biologie sont indéniables. La prévention doit passer par le milieu familial, les politiques gouvernementales et la société dans son ensemble. Or les chemins menant vers l'Assemblée nationale et la Colline du Parlement, où se prennent les décisions, ne traversent pas souvent les quartiers pauvres. C'est le cas de l'arrondissement Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, où les aliments santé subventionnés sont trop souvent rares et où il est difficile de trouver un logement sécuritaire à un prix abordable.

Montréal affiche les taux de pauvreté les plus élevés parmi les villes canadiennes : en 2001, il atteignait 22,2 pour cent selon les statistiques du recensement. Trois-Rivières et Québec s'en tirent à peine mieux. Dans ces centres, un grand nombre de travailleurs et de travailleuses pauvres n'ont pas accès à un moyen de transport adéquat, à la sécurité, à un logement abordable ou à des aliments santé subventionnés.

Clyde Hertzman a, un jour, déclaré que les neurosciences avaient rattrapé l'épidémiologie sociale. Malheureusement, nos politiques accusent du retard par rapport à ces sources de données irréfutables qui confirment les liens entre santé et milieu de vie.

Un monde sépare les parents les plus démunis, qui se débattent quotidiennement pour nourrir leurs enfants convenablement et aider leur cerveau à se construire, et les pouvoirs publics, chargés de déterminer combien de blocs on remettra aux parents pour accomplir cette tâche.

Nous investissons trop d'argent dans les soins complexes (pour traiter les gens une fois qu'ils sont tombés malades) et trop peu dans les conditions propices au maintien d'un bon état de santé, qui doivent être en place dès les premières années de l'existence.

Toute société doit offrir aux familles un cadre de vie sécuritaire, favorable et accessible, pour que les parents puissent jouer pleinement leur rôle et les enfants, avoir un bon départ dans la vie.

La Dre Elizabeth Lee Ford Jones, pédiatre et experte-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca, se spécialise dans le domaine de la pédiatrie sociale. Elle dirige un programme de recherche au Hospital for Sick Children et enseigne au département de pédiatrie de l'Université de Toronto.

Les opinions exprimées ici sont celles d'Elizabeth Lee Ford Jones et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles du Hospital for Sick Children et de l'Université de Toronto.

(février 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Refugee decision a victory for compassion and common sense in Canadian health care

RYAN MEILI

On June 18, 2012, I joined dozens of health care providers and concerned citizens in Saskatoon for the 1st National Day of Action against the cuts to the Interim Federal Health (IFH) program, which then offered health coverage to refugees in Canada.

Health providers in scrubs and lab coats, sporting stethoscopes and placards with slogans, marched in similar demonstrations across the country. I remember being struck then by the fact that 50 years earlier in Saskatoon, doctors had gone on strike in opposition to the introduction of universal health insurance. Now here was a movement of physicians and other health professionals taking to the streets to defend universal care for the most vulnerable.

On July 4, the Federal Court of Canada ruled that the Conservative government's 2012 cuts to health care for refugees were unconstitutional, going against Section 12 of the Charter of Rights and Freedoms which forbids "cruel and unusual punishment."

The court ruling is a victory for refugees and those that work with them, and more generally for compassion and common sense. But it is also a victory for a generation of newly politicized health care providers in Canada who fought to reverse the deplorable change in policy from day one.



Canada has long been known as a safe-haven for refugees from around the world. For the past 50 years, refugees arriving here received access to health care services, including coverage for dental care, optometry and prescription medications. Given that people fleeing violence and oppression often emerge from long periods in refugee camps where no medical care is readily available, they typically have higher levels of illness.

In providing for this vulnerable population, the IFH coverage reflected a kind and wise approach to health care Canadians of which Canadians were rightly proud.

In 2012, however, the federal government, under then Minister of Citizenship and Immigration Canada Jason Kenney, made sweeping cuts to the coverage, drastically reducing services for all categories of refugees (though they were eventually reinstated for government-assisted refugees), and completely eliminating health services for certain categories except in cases of public health risk.

This meant that a refugee with tuberculosis might receive treatment, but not one who had diabetes or one who was having a heart attack.

The rationale given for these cuts was that they would make the system fair, improve public health and decrease costs. It's difficult to imagine something less fair than denying health services to someone who has just escaped oppression and violence. As for protecting public health and saving costs, denying people primary care means they are more likely to present in our health care system later and when they are sicker. A sicker patient poses greater risk to those around them (for example, if they have an infectious illness), and treating more severe or worsened conditions costs more too.

The evidence of the human cost of denying a vulnerable population essential care came quickly, with stories of pregnant women being turned away from receiving prenatal care, cancer patients being denied medications necessary for their treatment, and children with asthma not having access to their inhalers. Already, just two years in, the economic costs of this decision are also becoming apparent, with a study from [Toronto's Sick Kids Hospital](#), showing increased admissions and overall costs for caring for children since the cuts.

The reaction the medical community and other health professionals had to the IFH cuts, however, is encouraging. Their opposition was not limited to individual activists, but included official bodies such as the Canadian Medical Association, the Canadian College of Family Physicians, the Canadian Nurses Association, Canadian Pediatric Society, Canadian Bar Association, the Royal College of Physicians and Surgeons and many others.

[Doctors for Refugee Care](#), an organization founded in response to the IFH cuts, took the lead on organizing the resistance from the medical community. They maintained consistent pressure through demonstrations, direct action techniques such as having physicians interrupt announcements by Conservative MPs to voice their opposition to the cuts, and through more official channels, including initiating the charter challenge that led to last week's Supreme Court ruling.

Despite the outcry from health care providers, dozens of organizations and even provincial governments of different political stripes, the Conservative government dug in its heels on these cuts. Hopefully this ruling will finally result in the reinstatement of

the IFH program.

This week's decision is a victory for common sense and compassion in Canadian health care. It's also a sign of a new leadership emerging from within the health professions. Health professionals are becoming more vocal in advocating for better health policy, whether it be in health services to populations in need, or in promoting policies that address the upstream factors that determine those health outcomes, as we see from groups such as [Ontario's Health Providers Against Poverty](#).

This renewed focus on health for all, led by trusted voices from the people whose work it is to fight illness, bodes well for politics and broader well-being in Canada.

[Dr. Ryan Meili](#) is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a medical doctor, and the author of A Healthy Society.

(July 2014)

A version of this commentary appeared in *iPolitics.ca*, the *Winnipeg Free Press* and the *Medical Post*.

Why our governments need to address poverty now

JOHN MILLAR

Canadians might be surprised to learn that 86 families now hold more wealth than the poorest 11.4 million Canadians. Is this a Canada to be proud of? Hardly.

According to many studies, the Canadian poverty rate remains high. A recent OECD report shows that the very rich are taking an ever greater share of income. And a new study from three leading Canadian academics shows the rich obscure the total extent of their individual wealth through private companies, which means they are even richer than we thought.

Why should we care?

Because poverty and inequities hurt all of us in the long run. They erode social cohesion and create a burden on all taxpayers to pay for poverty reduction, health care services, unemployment, crime and homelessness.

Our economic system and well-being are at risk of serious deterioration unless we take action now.

Here's what the evidence says about the devastating outcomes of poverty: poorer health, more chronic disease, more avoidable deaths, social injustice, increasing demand and costs for health care services and reduced productivity of the workforce. On a large scale and over the long-term, inequality can also slow the economy and erode democracy, political and social stability.

Those in the bottom half of the economic pecking order with stagnant incomes grow resentful, envious, hopeless and distrustful of business leaders and governments. And so we have social unrest such as the Occupy movement.



How did we get here?

For years, most Canadian governments have followed an agenda based on austerity. They have lowered taxes and cut social programs to balance budgets with a focus on economic growth and “trickle down” economics. The 2014 [report](#) of the Office of the Parliamentary Budget Officer shows that cuts to income tax, GST, corporate taxes and others amount to governments having \$30 billion less to spend per year. For the most part, this has meant fewer income supports for the poor and inadequate investments in social housing, early child development, education, health care and infrastructure development (with the exception of the federal stimulus program in response to the 2008 recession).

The wealthy have become wealthier with the help of a higher rate of returns on capital (over incomes), tax breaks for capital gains and wealthy estates and inadequately controlled offshore banking.

Economist superstar Thomas Piketty points out that these flaws in our economic system are not a reason to abandon the system itself, which has also led to abundant innovation and wealth creation. The solution is rather to moderate the excesses of the system so that prosperity is more equitably shared by the entire population. Even the IMF, which has pushed austerity agendas for decades, has recently stated that growing inequity is bad for economies and judicious redistribution is beneficial for economic growth.

Research has shown that countries such as Iceland, Poland and Sweden, which have invested in social programs like health and education in the last decade, have made better recoveries following the recession than those that followed an “austerity” agenda.

Economists call what we need “a judicious redistributive approach” — that is, to raise government revenues via natural resources, taxes on the wealthy (income, estates, capital), regulation of offshore tax havens and taxes on externalities, such as pollution, tobacco, alcohol and sugar. Governments should direct these revenues toward social investments such as income support, education, health care and infrastructure.

The business community also has a role. Businesses can help reduce poverty and inequities by paying their share of corporate taxes and having a triple bottom line — people, planet and profits — with a living wage for their staff, co-ownership and profit sharing policies. The public as consumers can vote with their wallets and support such progressive businesses.

We are paying dearly for inaction. It would cost taxpayers less to eradicate poverty than to continue to pay for poverty-related policing, corrections, housing and health care. In B.C., the estimated cost to implement a poverty reduction plan is \$4 billion annually, [according to](#) the Canadian Centre for Policy Alternatives. Right now, poverty costs the province up to \$9.2 billion per year. Businesses and governments must take measures

now to reduce poverty and inequities. It is time for concerned citizens to demand action.

John Millar is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a clinical professor at the School of Population and Public Health, University of British Columbia. He is also the vice president of the Public Health Association of B.C. (PHABC). For more information, please see the PHABC's position statement on poverty and inequity.

(August 2014)

A version of this commentary appeared in the *Vancouver Province*, the *New Brunswick Telegraph Journal* and the *Huffington Post*.

Pourquoi nos gouvernements doivent s'attaquer dès maintenant à la pauvreté

JOHN MILLAR

Les Canadiens pourraient être surpris d'apprendre que 86 familles détiennent aujourd'hui à elles seules une plus grande part de la richesse que les 11,4 millions de Canadiens les plus pauvres. Y a-t-il de quoi être fier de ce Canada ? Loin de là.

Selon de nombreuses études, le taux de pauvreté au Canada demeure élevé. Un récent rapport de l'OCDE indique que la part des revenus dont bénéficient les nantis a encore augmenté. Et une nouvelle étude réalisée par trois importants chercheurs canadiens révèle que les riches dissimulent l'ampleur réelle de leurs avoirs individuels au moyen de sociétés privées, ce qui signifie qu'ils sont encore plus riches que nous le croyions.

Pourquoi devrions-nous nous préoccuper de cette situation ?

Parce qu'à long terme, la pauvreté et les inégalités font du tort à l'ensemble d'entre nous. Elles érodent la cohésion sociale et augmentent le fardeau de tous les contribuables, qui doivent assumer les coûts de la réduction de la pauvreté, des services de santé, du chômage, de la criminalité et de l'itinérance.

Notre système économique et notre bien-être risquent de subir une détérioration grave si nous ne réagissons pas rapidement.

Voici ce que les données indiquent en ce qui a trait aux conséquences désastreuses de

la pauvreté : une dégradation de l'état de santé de la population, un accroissement des maladies chroniques, un plus grand nombre de décès évitables, une augmentation des injustices sociales, une demande accrue de soins de santé et une hausse des coûts de ces soins, et une réduction de la productivité de la main-d'œuvre. Sur une vaste échelle et à long terme, les inégalités peuvent aussi entraîner un ralentissement de l'économie et un effritement de la démocratie, et compromettre la stabilité politique et sociale.



Ceux qui se situent dans la moitié inférieure de la hiérarchie économique et dont les revenus stagnent éprouvent un ressentiment grandissant et sont de plus en plus envieux, perdent graduellement espoir et ont de moins en moins confiance en leurs dirigeants économiques et leur gouvernement. Cette situation donne lieu à des contestations sociales telles que le mouvement *Occupy Wall Street*.

Comment en sommes-nous arrivés là?

Pendant des années, la plupart des gouvernements canadiens ont appliqué une politique d'austérité. Ils ont baissé les impôts et effectué des compressions dans les programmes sociaux dans le but d'équilibrer leur budget, tout en se concentrant sur la croissance économique et en favorisant une économie fondée sur les effets de retombée. Le [rapport](#) 2014 du Bureau du directeur parlementaire du budget indique que la réduction de l'impôt sur le revenu, de la TPS et de l'impôt des entreprises, entre autres, aurait pour effet de réduire de 30 milliards de dollars les recettes annuelles du gouvernement. Dans la plupart des cas, ce type de politiques a entraîné une diminution de l'aide au revenu des personnes démunies ainsi que des investissements insuffisants dans le logement social, le développement de la petite enfance, l'éducation, les soins de santé et les infrastructures (le programme fédéral de stimulation économique mis en place au lendemain de la récession de 2008 fait ici figure d'exception).

Les riches se sont enrichis grâce à l'augmentation du taux de rendement du capital (sur les revenus), aux allègements fiscaux sur les gains en capital et les successions des mieux nantis et à une surveillance inadéquate des activités bancaires extraterritoriales.

Le très renommé économiste Thomas Piketty fait remarquer que ces lacunes de notre système économique ne sont pas une raison d'abandonner le système lui-même, qui a grandement favorisé l'innovation et la création de richesse. La solution consisterait plutôt à modérer les excès du système pour que la richesse soit plus équitablement répartie dans l'ensemble de la population. Même le FMI, qui a défendu les politiques d'austérité pendant des décennies, a récemment affirmé que l'accroissement des inégalités était mauvais pour les économies et qu'une judicieuse redistribution favorisait la croissance économique.

Les recherches ont montré que des pays comme l'Islande, la Pologne et la Suède, qui ont investi au cours de la dernière décennie dans les programmes sociaux tels que la santé et l'éducation, ont enregistré une meilleure reprise à la suite de la récession que ceux qui avaient adopté des politiques d'« austérité ».

Pour désigner ce dont nous avons besoin, les économistes parlent d'« une approche judicieuse axée sur la redistribution », ce qui signifie un accroissement des revenus des gouvernements au moyen des ressources naturelles, de l'imposition des mieux nantis (revenus, successions, capital), de la réglementation des paradis fiscaux et de taxes sur les effets externes comme la pollution, le tabac, l'alcool et le sucre. Les gouvernements

devraient consacrer ces revenus à des investissements sociaux comme l'aide au revenu, l'éducation, la santé et les infrastructures.

Le milieu des affaires a lui aussi un rôle à jouer. Les entreprises peuvent aider à réduire la pauvreté et les inégalités en payant leur part d'impôt, en misant sur un triple rendement (les gens, la planète et les profits), en offrant un salaire décent à leurs employés et en instituant des politiques de copropriété et de partage des profits. Les citoyens, en tant que consommateurs, peuvent voter avec leur portefeuille en soutenant les entreprises progressistes.

Notre inaction nous coûte très cher. Il serait moins coûteux pour les contribuables d'éliminer la pauvreté que de continuer à payer pour les activités de maintien de l'ordre, les rectificatifs, le logement et les soins de santé découlant de la pauvreté. En Colombie-Britannique, le coût estimé de la mise en œuvre d'un plan de réduction de la pauvreté serait de 4 millions de dollars par an, selon le Centre canadien de politiques alternatives. À l'heure actuelle, la pauvreté coûte à la province jusqu'à 9,2 milliards de dollars par an. Les entreprises et les gouvernements doivent prendre sans tarder des mesures visant à réduire la pauvreté et les inégalités. Il est temps que les citoyens préoccupés par cette situation exigent que leurs dirigeants passent à l'action.

John Millar est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeur clinicien à l'École de santé publique et des populations, à l'Université de la Colombie-Britannique. Il est aussi vice-président de l'Association pour la santé publique de la Colombie-Britannique (PHABC). Pour obtenir plus d'information, lisez l'énoncé de principes de la PHABC sur la pauvreté et les inégalités (en anglais).

(août 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Droit* et *Le Huffington Post Québec*.

Just how many servings of fruits and vegetables should we eat a day?

Digesting the evidence

JAMES McCORMACK

Many organizations cook up recommendations for the number of fruit and vegetable servings you should eat every day. Well known examples include Canada's Food Guide, which says you need roughly seven to 10 servings, the American Heart Association, which recommends eight to 10, and the Harvard School of Public Health, which suggests somewhere between five and 13 servings of fruit and vegetables. While recipes and recommendations vary somewhat based on the specific food item, one serving is roughly equivalent to a half cup or 75 g.

So just how many servings of fruits and vegetables should we eat a day?

To add to the numbers game, the media has recently reported on two different studies examining the impact of fruit and vegetable consumption on mortality — with two quite different conclusions. The first, from the *Journal of Epidemiology and Community Health* was reported as suggesting we need more than seven servings of fruit and vegetables a day while the second study published in the *British Medical Journal* suggests five is enough.



What gives?

First, I think it's important to clarify how nutrition studies are done. Studies that look at the impact nutrition has on mortality, cancer and cardiovascular disease are almost always cohort studies. This means 1000s of people are asked to fill out a questionnaire or are interviewed about their daily food intake and then researchers estimate the number of servings per food type consumed on a daily basis. The same people are then followed for anywhere from five to 20 years and a comparison is made between the number of servings of specific food items and the outcomes mentioned above.

As I'm sure you can figure out, this type of study design could potentially lead to some-

what half-baked results because people are unlikely to be able to accurately recall their food intake and will often respond to questions in a way that makes them look as good as possible. Nutrition studies can also easily be influenced by confounding variables — people who eat more fruits and vegetables may also exercise more or smoke less. While researchers try to control for all of these factors, it is not possible to completely eliminate the problem.

Nonetheless, let's go with the assumption that the two most recently reported nutrition studies truly reflect a cause and effect relation between the number of servings of fruit and vegetables and mortality. So what did they actually reveal?

Fortunately, the studies provide enough numbers to allow one to plot servings vs. mortality curves for both studies on a single graph. And here is where it gets interesting. While the media reported differing conclusions, surprisingly, the curves from the two studies when put on the same graph are almost super-imposable — you might say as similar as garbanzo beans and chickpeas. In other words, the only real difference between the study findings appears to be how the researchers and the media chose to report them.

The graphs for both studies clearly show mortality steadily drops from a baseline of eating zero servings of fruits and vegetables down to five servings per day where a roughly 25 to 30 per cent relative reduction in mortality is seen. Once you get to five servings a day, the curves for both studies are basically as flat as a pancake, or in other words, no additional relevant reduction in mortality is seen as you further increase the number of servings of fruits and vegetables.

Importantly, the data also clearly show you get a benefit even if you don't eat five servings a day. One serving a day gives you very roughly a 10 per cent relative mortality benefit, two servings, a 15 per cent benefit, three servings, a 20 per cent benefit, four servings, a 25 per cent benefit — and then once you get to five servings, that is basically it.

As further confirmation, an earlier study in 2013 from the Netherlands also shows basically the same results. There are similar data for cardiovascular disease, and it is very unlikely that any single new study will substantially change these findings.

So how many servings a day should you eat? Well if it was me, I would base it on the evidence, how much I like fruits and vegetables and overall, on how eating fruit and vegetables make me feel. In other words, use common sense.

James McCormack is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and professor with the Faculty of Pharmaceutical Sciences at the University of British Columbia. With Dr. Mike Allan, he hosts a weekly show — Best Science Medicine Podcast — that is regularly rated one of the top medical podcasts from iTunes; also available at therapeuticeducation.org.

(August 2014)

A version of this commentary appeared in the *Vancouver Sun*, the *Guelph Mercury* and *Epoch Times*.

Combien de portions de fruits et de légumes devrions nous manger tous les jours?

JAMES McCORMACK

Bon nombre d'organisations ont concocté des recommandations concernant le nombre de fruits et de légumes que nous devrions consommer quotidiennement. Parmi les exemples bien connus, on peut citer le Guide alimentaire canadien, qui recommande entre sept et dix portions, l'American Heart Association, qui en recommande de huit à dix, et la Harvard School of Public Health, dont la recommandation se situe entre cinq et treize portions. Bien que les recettes et recommandations varient quelque peu selon l'aliment, une portion équivaut approximativement à une demitasse ou à 75 grammes.

Combien, donc, de portions de fruits et de légumes devons-nous consommer chaque jour?

Pour compliquer ce jeu des chiffres, les médias ont récemment fait état de deux études distinctes, qui en examinant l'impact de la consommation de fruits et de légumes sur la mortalité, sont arrivées à des conclusions fort différentes. Selon la première, décrite dans le *Journal of Epidemiology and Community Health*, nous aurions besoin de plus de sept portions de fruits et de légumes par jour, et selon la seconde, publiée dans le *British Medical Journal*, cinq portions seraient suffisantes. Qu'en estil au juste?



Tout d'abord, je crois qu'il importe d'expliquer comment les études nutritionnelles sont effectuées. Les recherches s'intéressant aux répercussions de la nutrition sur la mortalité, le cancer et les maladies cardiovasculaires sont presque toujours des études de cohorte. Ainsi, dans le cadre de telles études, des milliers de personnes sont invitées à remplir un

questionnaire ou à participer à une entrevue concernant leur consommation alimentaire quotidienne, après quoi les chercheurs estiment le nombre de portions consommées chaque jour par catégorie d'aliments. Les mêmes personnes sont suivies pendant une période allant de cinq à vingt ans, à l'issue de laquelle sont comparées les différentes quantités de portions de certains aliments par rapport à la mortalité ou aux cas de cancers ou de maladies cardiovasculaires.

Comme vous vous en doutez certainement, ce modèle d'étude peut conduire à des résultats peu concluants, parce qu'il est peu probable que les sujets soient capables de se souvenir avec exactitude ce qu'ils ont mangé et parce qu'ils répondent souvent aux questions de manière à donner la meilleure impression possible d'eux-mêmes. Les études nutritionnelles peuvent, en outre, facilement être influencées par des facteurs de confusion — par exemple, les personnes qui mangent plus de fruits et de légumes peuvent aussi faire plus d'exercice ou fumer moins. Bien que les chercheurs veillent à prendre en compte tous ces facteurs, il n'est pas possible d'éliminer complètement le problème qu'ils posent.

Cela dit, posons l'hypothèse que les deux études nutritionnelles dont ont parlé les médias récemment reflètent une véritable relation de cause à effet entre le nombre de portions de fruits et légumes et la mortalité. Que révèlent-elles exactement?

Heureusement, les deux études fournissent suffisamment de chiffres pour qu'il soit possible de tracer pour chacune une courbe des portions par rapport à la mortalité dans un seul graphique. Le résultat est intéressant. Même si les médias rapportent des conclusions divergentes, les courbes obtenues pour les deux études se superposent étonnamment bien lorsqu'on les trace dans un même graphique — on pourrait dire qu'elles se ressemblent un peu comme des bleuets et des myrtilles. En d'autres mots, la seule vraie différence entre les résultats des deux études semble tenir à la façon dont les chercheurs et les médias ont choisi de les rapporter.

Les graphiques obtenus pour les deux études montrent clairement que la mortalité chute de façon régulière entre zéro portion de fruits et légumes et cinq portions par jour, écart donnant lieu à une baisse relative de la mortalité d'environ 25 à 30 pour cent. Audelà de ce nombre de portions, les courbes obtenues pour les deux études sont planes comme la surface d'une crêpe, ce qui veut dire qu'il n'y a aucune réduction pertinente supplémentaire de la mortalité lorsque le nombre des portions de fruits et de légumes augmente davantage.

Fait important, les données montrent aussi clairement qu'on obtient un avantage même si le nombre de portions consommées par jour est inférieur à cinq. Une portion par jour offre un avantage relatif par rapport à la mortalité d'environ 10 pour cent, deux portions, un avantage de 15 pour cent, trois, un avantage de 20 pour cent, et quatre, un avantage de 25 pour cent, puis après cinq portions il n'y a plus d'avantage notable.

Ces résultats sont par ailleurs corroborés par une étude antérieure réalisée en 2013 aux Pays-Bas et dont les résultats sont essentiellement les mêmes. On dispose de données similaires pour les maladies cardiovasculaires, et il est très peu probable qu'une nouvelle étude puisse modifier substantiellement ce tableau.

Combien de portions faut-il manger chaque jour? Pour ma part, je fonderais ma décision sur les données probantes, sur mon amour des fruits et des légumes et, surtout, sur le bien-être que me procure ou non le fait de manger des fruits et des légumes. Autrement dit, je fonderais ma décision sur le bon sens.

James McCormack est un expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est également professeur à la faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. Avec Mike Allan, il anime un baladodiffusion hebdomadaire — Best Science Medicine Podcast — qui est régulièrement classé parmi les meilleures émissions médicales en baladodiffusion sur iTunes; cette émission est aussi disponible au <http://therapeuticseducation.org>.

(août 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Child poverty a Canadian problem

Almost one million kids living in low income conditions

ELIZABETH LEE FORD-JONES

Hundreds of thousands of Canadian children are growing up without enough.

UNICEF'S most recent report on child well-being in rich countries ranked Canada 17 out of 29 countries assessed. Sadly, this isn't news. The House of Commons resolved to eradicate child poverty in 1989, but in late 2013, Statistics Canada reported that 967,000 children in this country still lived in low-income homes.

These numbers don't simply represent difficult childhoods; they mark a huge group of Canadians who are growing up without the supportive environments they need to develop into healthy adults. They will carry the stress of early adversity throughout their lives.

In 2009, my colleagues and I began a new elective in social pediatrics based out of The Hospital for Sick Children so that medical students could see first hand the social realities of impoverished Canadian children. The students visit the homes of poor families, sometimes with social workers and infant nurse specialists, and witness the unsettling ways that social environments impact the health of patients.

The stories they report back from the field are deeply troubling, particularly for a country as wealthy as Canada. The students see the impact of neighbourhoods that lack positive activities for children, food insecurity, long parental work hours at low wage jobs combined with long public transit times, and the near impossibility of accessing services such as eye examination, expensive corrective lenses and dental work for their kids. The students see what parenting low on hope looks like.

In one case, McGill University medical student Maya Harel-Sterling visited an inner-



city Canadian mother of 18 years of age who had given birth to a frail baby girl in her bathroom after keeping her pregnancy a secret. In her reflection [published](#) by *Paediatrics and Child Health*, “How Did you Sleep Last Night? and Have you Eaten Today?” she describes the crowded apartment with four other residents, with no room for the baby to crawl or play. The mother sleeps on the floor.

In another household, an elderly grandmother cares for the children while their mother works evenings as a cleaner and their dad drives a pizza delivery truck. The kids spend much of the time with the television on — not a jot of stimulation there.

Mounting evidence in the field of social epidemiology shows that poverty limits the futures of children, especially babies, who lack living environments with family support and opportunities to learn and be active, mentally and physically. We won’t resolve this problem without livable incomes, access to livable jobs and support for every Canadian.

In the April 2014 issue of the *Journal of the American Medical Association*, Neal Halfon, a child health researcher at the University of California, [wrote](#) that child poverty levels are persistently high. He wrote that these trends were not due to temporary ups and downs in business but to major shifts in the structure of the economy, which he calls “structural deficits.”

The results, including a lack of adequately-paying jobs and proper training for skilled work, leave low-income families ill-prepared to give their children the strong start they need for healthy development. This isn’t just an American problem; it’s a Canadian problem too. Low-income children, especially minorities and aboriginals, are growing up at an increased risk of preventable diseases — diseases both classically medical and mental health related that arise as a result of their early living conditions and will affect us all.

We can address this triad of problems: unacceptable levels of stress (“toxic stress”), which affects cortisol production and sets a path of learning and disease problems; lack of access to comprehensive health services; and fundamental disadvantage, including poverty. There are pilot programs in place, but services must be broader and readily available.

Where do we start? What was once considered “a long emergency” — with outcomes manifesting some years later in the life trajectory as ill-health and lack of contribution to society — ought now to be recognized as an acute emergency. Societal structures must change so that the lottery win of life doesn’t fall to only a small percentage of families.

[Dr. Elizabeth Lee Ford-Jones](#) is an expert advisor with [EvidenceNetwork.ca](#), a pediatrician specializing in social pediatrics, Project Investigator at SickKids and a professor in the Department of Paediatrics at the University of Toronto.

The above represents the opinions of Dr. Lee Ford-Jones and not necessarily the official positions of either The Hospital for Sick Children or the University of Toronto.

(September 2014)

A version of this commentary appeared in the *Toronto Star*, the *Huffington Post* and *Ottawa Life*.

La pauvreté infantile, un problème canadien

Près d'un million d'enfants vivent en situation de pauvreté au Canada

ELIZABETH LEE FORD-JONES

Des centaines de milliers d'enfants grandissant au Canada sont privés du nécessaire.

Le plus récent rapport de l'UNICEF sur le bien-être des enfants dans les pays riches classait le Canada en 17^e position sur 29 pays évalués, et lui attribuait la 27^e position en ce qui concerne l'obésité infantile, la 22^e relativement à la mortalité infantile et enfin la 21^e pour la pauvreté infantile. Malheureusement, cette situation n'a rien de nouveau. Alors que la Chambre des communes avait pris en 1989 la résolution d'éradiquer la pauvreté infantile à la fin de 2013, les données de Statistique Canada révélaient que 967 000 enfants vivent toujours dans des ménages à faible revenu au pays.

Ces chiffres ne représentent pas simplement des enfances difficiles, ils sont également l'indication qu'une énorme quantité d'enfants canadiens grandissent sans jouir du milieu favorable dont ils ont besoin pour devenir des adultes sains. Ils transporteront toute leur vie les marques du stress provoqué par les difficultés vécues dans l'enfance.

En 2009, des collègues et moi avons commencé à donner un nouveau cours optionnel sur la pédiatrie sociale à l'extérieur de l'enceinte de l'Hôpital pour les enfants malades de Toronto (Hospital for Sick Children) afin que les étudiants en médecine puissent avoir un contact direct

avec les réalités que vivent les enfants pauvres au Canada. Dans le cadre de ce cours, les étudiants sont appelés à visiter des foyers de familles à faible revenu et à observer, parfois en compagnie de travailleurs sociaux et d'infirmières spécialisées en soins des enfants en bas âge, les façons troublantes dont le milieu social influence l'état de santé des patients.



Les histoires que les étudiants rapportent du terrain sont profondément déconcertantes, particulièrement dans la mesure où elles ont lieu dans un pays riche comme le Canada. Les étudiants y constatent les répercussions que peuvent avoir un quartier n'offrant aucune activité positive pour les enfants, l'insécurité alimentaire, de longues heures travaillées pour un faible salaire par des parents qui en plus doivent passer de longues périodes dans les transports en commun et la quasi-impossibilité pour plusieurs d'offrir à leurs enfants un accès à des services comme l'optométrie (examen de la vue et verres correcteurs coûteux) et la dentisterie. Les étudiants sont ainsi à même de découvrir à quoi peut ressembler l'exercice du rôle parental dans un contexte qui offre peu d'espoir.

Une étudiante en médecine de l'Université McGill, Maya Harel-Sterling, est allée visiter dans un grand centre urbain une jeune mère canadienne de 18 ans qui a donné naissance à une petite fille fragile dans la salle de bain après avoir caché qu'elle était enceinte. Dans la réflexion que lui a inspirée cette visite, [publiée](#) dans la revue *Paediatrics and Child Health* sous le titre « *How Did you Sleep Last Night? and Have you Eaten Today?* » (*Comment as-tu dormi hier ? As-tu mangé aujourd'hui ?*), elle décrit un appartement qui est occupé par quatre autres locataires et qui ne compte aucune pièce où le bébé puisse ramper et jouer. La mère dort sur le sol.

Dans un autre foyer, une grand-mère âgée prend soin des enfants pendant que la mère travaille comme préposée à l'entretien ménager le soir et que le père livre des pizzas. Les enfants passent la plupart de leur temps devant la télévision, une activité qui n'offre aucune stimulation.

De plus en plus de données probantes dans le domaine de l'épidémiologie sociale indiquent que la pauvreté a pour effet de limiter les perspectives d'avenir des enfants, particulièrement chez les bébés qui ne grandissent pas dans un milieu favorable leur offrant du soutien familial et la possibilité d'apprendre et d'être actifs, intellectuellement et physiquement. Nous ne pourrions régler ce problème sans faire en sorte que tous les Canadiens aient accès à des emplois suffisamment payés et à du soutien communautaire.

Dans le numéro d'avril 2014 du *Journal of the American Medical Association*, Neal Halfon, un chercheur en santé infantile de l'Université de la Californie, [écrivait](#) que le niveau de pauvreté des enfants est élevé et que cette tendance n'est pas liée à des fluctuations temporaires du marché, mais à de profondes transformations de la structure de l'économie qu'il appelle « déficits structurels ».

Les conséquences de ces transformations, notamment le manque d'emplois adéquatement payés et de formation appropriée pour les postes exigeant des compétences précises, font en sorte que les familles à faible revenu ne sont pas en mesure d'offrir à leurs enfants les conditions de vie favorables dont ils ont besoin pour se développer sainement. Il ne s'agit pas que d'un problème américain; le Canada est aux prises avec la même situation. Les enfants vivant dans un milieu défavorisé, en particulier les enfants

autochtones ou issus d'une minorité, grandissent en étant plus à risque que les autres de développer des problèmes de santé qui pourraient être évités. Ces problèmes, relevant traditionnellement à la fois de la santé mentale et de la santé physique, sont causés par les conditions de vie pendant l'enfance et finiront par tous nous toucher.

Nous pouvons nous attaquer à ces problèmes, qui forment une triade : les trop grands niveaux de stress (« stress toxique »), qui influencent la production de cortisol et sont précurseurs d'une série de problèmes d'apprentissage et de santé; le manque d'accès à des services de santé complets; les désavantages de nature fondamentale, y compris la pauvreté. Des programmes pilotes ont été mis en place, mais les services doivent être élargis et plus facilement accessibles.

Par quoi devons-nous commencer? Ce qui était autrefois considéré comme une « urgence de longue durée », dont les conséquences peuvent se manifester des années plus tard dans la trajectoire de vie sous la forme d'une mauvaise santé et d'une contribution déficiente à la société, devrait aujourd'hui être vu comme une urgence immédiate. Les structures de la société doivent être transformées de manière à ce que la loterie du bonheur et du succès ne fasse pas des gagnants que dans un petit pourcentage des familles.

Dre Elizabeth Lee Ford-Jones est experte-conseil à EvidenceNetwork.ca, pédiatre spécialisée en pédiatrie sociale, chercheuse à l'Hôpital pour les enfants malades de Toronto (Hospital for Sick Children) et professeure du Département de pédiatrie de l'Université de Toronto.

Les opinions exprimées ci-dessus sont celles de Mme Lee Ford-Jones et ne représentent pas nécessairement la position officielle de l'Hôpital pour les enfants malades de Toronto (Hospital for Sick Children) ni de l'Université de Toronto.

(septembre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Soleil*.

It's time to include dental health in the health care system

Canada's most vulnerable populations have highest rates of dental pain, decay and disease, and worst access to care

PAUL ALLISON

There are many reasons why some Canadians choose not to go to the dentist, but a [report](#) from the Canadian Academy of Health Sciences (CAHS) found that cost is a major factor — and that Canada's most vulnerable populations have the highest rates of dental decay, pain and disease, but the worst access to this much needed health care service.

The price tag for hospital care and most physician services is covered through our publicly funded health care system, but dental care is largely paid for privately in Canada.

The CAHS report reveals that a whopping 95 per cent of dental care is paid out-of-pocket or through private dental insurance and is delivered in private dental offices. The remaining five per cent is covered through a hodgepodge of public health programs offered federally and provincially, targeting the needs of specific populations, with many falling through the cracks.

So what happens when you don't have dental insurance?

The report found that almost half of all Canadians without dental insurance — commonly new Canadians, the elderly, people working in insecure jobs and for low wages and their children — avoid visiting a dentist due to costs. In fact, those in the poorest income group were almost four times more likely to avoid the dentist due to costs than the richest group of Canadians.

Vulnerable Canadians with difficulty accessing dental care are also those with the most dental pain, the greatest difficulty eating a healthy diet and the ones with the highest levels of gum disease, which in turn can increase their risk for general health problems,



such as diabetes and cardiovascular disease.

In other words, those who need dental care the most are the least likely to be able to get it, and the ones who suffer the most because of it. It may also be costing all of us through increased visits to already crowded emergency rooms and physician offices and valuable time lost from work, school and other activities.

There are other reasons that people skip seeing their dentist, such as lack of transportation, fear of dental treatment and the dental office and misunderstandings between dental professionals and certain groups in the population. These complex issues have complex solutions.

But they cannot be addressed without first addressing equity in access to dental care. The CAHS report finds that inequalities in oral disease and access to dental care in Canada are greater than inequalities in general health problems and medical care.

What might surprise many is that Canada actually provides less publicly funded dental care than the United States — and internationally, Canada is among the lowest funders of dental health care programs.

Inequality in access to dental care is but one manifestation of the increasing inequalities in Canadian society and it needs to be addressed. With societal changes such as the increasing proportion of the population who are elderly and the decreasing proportion of the population with dental insurance, difficulty accessing dental care is only going to increase unless we start acting now.

All people living in Canada should have reasonable access to dental care. We need to bring dentistry into the general health care system by having some dental clinics in hospitals and community health centres. We need to explore the use of a variety of dental and other health professionals delivering care in a variety of settings. And we need to explore the financing of dental care for vulnerable groups — including anomalies in tax legislation that help those with dental insurance but not those without.

We need concerted professional, government and community action now to begin to address these issues so that many Canadians will get the dental health care they so desperately need.

Paul Allison is an advisor with EvidenceNetwork.ca, dean in the Faculty of Dentistry at McGill University, and Chair of the CAHS panel on “Improving access to oral healthcare for vulnerable people living in Canada.”

(September 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, *National Newswatch* and the *Huffington Post*.

La couverture des soins dentaires par l'assurance maladie : une nécessité

Les populations vulnérables sont celles qui souffrent le plus de douleurs, de caries et de maladies dentaires, et qui ont peu d'accès aux soins

PAUL ALLISON

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les Canadiennes et les Canadiens ne vont pas chez le dentiste, mais selon un nouveau rapport publié cette semaine et signé de l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS), le coût des soins constitue un important facteur. Le rapport précise aussi que les populations les plus vulnérables détiennent les taux les plus élevés de caries, de douleurs et de maladies dentaires et le plus faible accès à des soins dentaires essentiels.

Les frais des soins hospitaliers et de la plupart des services prodigués par les médecins sont couverts par notre système de santé public, mais au Canada, les soins dentaires sont généralement payés par le privé. Le rapport de l'ACSS révèle que 95 pour cent de ces soins, un taux impressionnant, sont payés par des individus ou par une assurance dentaire privée et sont prodigués dans des bureaux de dentistes privés. Les cinq pour cent restants sont payés par un ramassis de programmes de soins publics relevant du fédéral et provincial, des initiatives qui répondent aux besoins de populations ciblées, dont nombre sont laissées pour compte.

Alors qu'arrive-t-il lorsque vous ne possédez aucune assurance dentaire?

Le rapport indique que près de la moitié des Canadiennes et des Canadiens qui n'ont pas d'assurance dentaire, notamment les nouveaux arrivants, les aînés, les personnes occupant des emplois précaires et mal rémunérés, et leurs enfants, ne vont pas chez le dentiste en raison des coûts. En fait, les personnes faisant partie du groupe affichant



les revenus les plus faibles étaient quatre fois plus nombreuses à se priver de soins dentaires, comparativement au groupe le plus nanti.

Ce sont les Canadiennes et les Canadiens vulnérables bénéficiant de peu d'accès aux soins dentaires qui souffrent le plus de maux de dents, qui ont le plus de difficulté à bien se nourrir et qui ont le plus haut taux de maladies des gencives, ce qui augmente chez eux le risque de problèmes de santé d'ordre général, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

En d'autres termes, ceux qui nécessitent le plus des soins dentaires sont ceux qui ont le plus de difficultés à les obtenir et qui souffrent le plus en raison de cette situation. Il se peut aussi que nous ayons tous à déboursier pour payer les frais occasionnés par des visites aux salles d'urgence, déjà bondées, et chez le médecin, et aussi pour les pertes causées par les absences au travail, à l'école et autres.

Il existe aussi d'autres raisons pour lesquelles les gens ne vont pas chez le dentiste, comme l'absence de moyens de transport, la peur du traitement et de l'environnement où sont prodigués les soins, et le manque de compréhension qui existent parfois entre les professionnels du milieu dentaire et certaines populations. Les solutions à ces questions complexes sont elles-mêmes complexes. Mais on ne peut les concevoir sans d'abord se pencher sur la question d'équité en matière d'accès aux soins dentaires. Or, le rapport de l'ACSS constate qu'au Canada, les inégalités recensées en matière de maladies buccodentaires et d'accès aux soins dentaires sont plus élevées que les inégalités relatives aux problèmes de santé d'ordre général et aux soins médicaux.

Nombre de gens seraient surpris d'apprendre que le Canada offre moins de soins dentaires financés par les deniers publics que les États-Unis et qu'il figure parmi les pays dont les programmes de soins dentaires sont les moins bien financés.

L'inégalité en matière d'accès aux soins dentaires n'est qu'une des inégalités croissantes présentes dans la société canadienne et doit faire l'objet de mesures concrètes. Vu les changements au sein de notre collectivité, telles l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes et la diminution de la population munie d'une assurance dentaire, les difficultés d'accès aux soins dentaires ne feront qu'augmenter à moins que nous n'agissions dès aujourd'hui.

Toutes les personnes vivant au Canada devraient pouvoir bénéficier de soins dentaires. Nous devons intégrer la dentisterie dans le système de santé général en introduisant des cliniques dentaires dans les hôpitaux et les centres de santé communautaires. Nous devons explorer la possibilité d'offrir les services d'un éventail de professionnels en soins dentaires et autres dans divers milieux. Nous devons aussi explorer les possibilités de financement pour offrir des soins dentaires aux populations vulnérables, y compris l'élimination des anomalies fiscales qui favorisent les personnes dotées d'une assurance dentaire et n'apportent rien à celles qui en sont dépourvues.

Nous devons mener dès maintenant des actions concertées sur le plan professionnel et à l'échelle gouvernementale et communautaire pour nous attaquer à ce problème et nous assurer que tous les Canadiens et les Canadiennes puissent obtenir les soins dentaires dont ils ont besoin.

Paul Allison est expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca, doyen à la Faculté de dentisterie à l'Université McGill et président du groupe d'experts de l'ACSS sur « l'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires pour les personnes vulnérables vivant au Canada ».

(septembre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Health in all Policies approach gaining traction across political spectrum in Canada

By DANYAAL RAZA AND RYAN MEILI

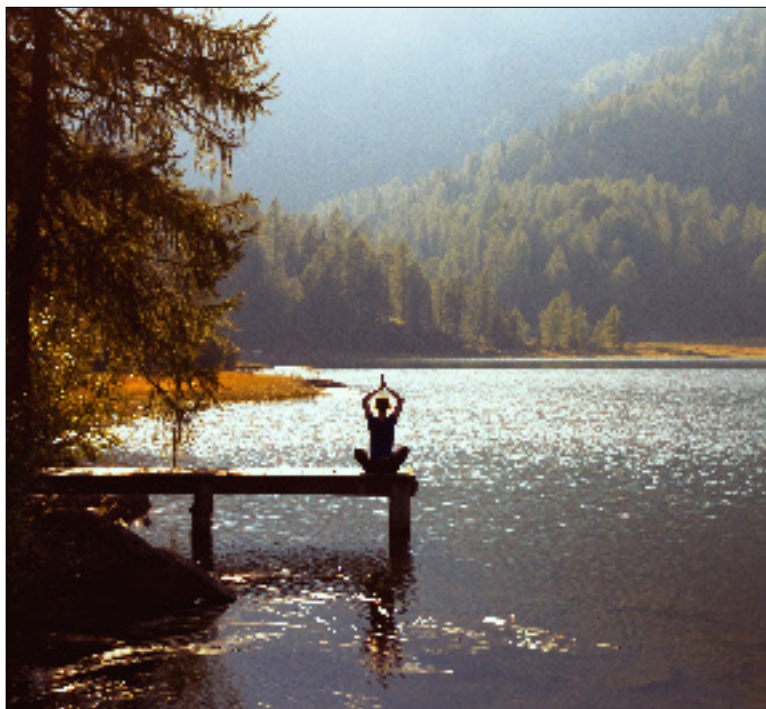
When counselling patients on health, physicians often focus on lifestyle changes such as diet, exercise or smoking. This kind of advice can be important for the individual, but does little to change underlying drivers of health like income, education and employment. These factors are the ones that have the greatest impact on whether patients will be able to eat well, move around or butt out.

Taking the next step to address the upstream determinants of health requires the involvement of government, and an understanding that health and well-being go beyond health care.

In countries like Finland, the idea of Health in All Policies has been influencing public policy for some time. This approach to policy applies a social determinants of health lens in sectors from education and finance to housing, transportation and social assistance. In the 1970s, the Finnish government launched one of Europe's [earliest Health in All Policy projects](#), and targeted one of the countries unhealthiest regions. Rather than simply chiding the community to “eat less, exercise more,” policy makers persuaded local butter, cream, bread and meat producers to reduce the fat and salt contents of their foods, while

introducing oil seed crops and berry production as alternative (and healthier) ways to earn a living. Combined with healthier school workplace menus and tough anti-smoking laws, applying a health lens to agricultural, economic and education policies helped [reduce cardiovascular disease](#) in 18 to 65 years olds by 73 per cent.

In Canada, Quebec has been an early Health in All Policies leader. In [2002](#), the province



passed its new Public Health Act, legislation that mandates provincial departments and agencies ensure new bills and regulations not harm the health of Quebecers. The routine use of Health Impact Assessments has been the result, and has begun to reach other levels of government. The mayor of Acton Vale, a small town outside of Montreal, requested that a Health Impact Assessment be completed for a [proposed residential development project](#) located between a snowmobile trail, a highway and a school. The findings offered concrete guidance on how to prevent accidents with safe street design, reduce noise pollution, encourage active transport and preserve green space.

Beyond Quebec, despite the endorsement of the public health and policy community, a Health in All Policies approach has not found the political will necessary for meaningful change. But the past year offers signs of hope, with governments in Canada from across the political spectrum beginning to see the potential.

Most recently, Newfoundland's Minister of Health and Deputy Premier Stephen Kent, has shown an understanding of the potential of healthy public policy. Before his appointment, Kent was one of three candidates vying for the leadership of the provincial Progressive Conservative Party. Included in his [health care platform](#) was a commitment to make health a whole-of-government priority. Kent proposed collaborative teams, including the Department of Natural Resources, the Newfoundland and Labrador Housing Corporation, Child, Youth and Family Services, and Municipal Affairs, to "create a better environment for healthy people." Now as Minister of Health, he has an opportunity to put these plans into action.

In the heart of what is known as conservative country, Edmonton's new mayor, Don Iveson, is bringing a similar approach to municipal government. He recently convened a city-wide [symposium on poverty](#) with an explicit focus on the social determinants of health. While the delivery of health care is traditionally a provincial responsibility, the mayor's symposium identified a number of municipal areas of action. Among the opportunities discussed were 'traditional' gaps in health insurance (drug, dental and vision services) as well as gaps in needs further upstream like school textbooks, affordable housing in a city with rising rents and accessible community sports programs.

At the Federal level, former Liberal health critic and physician Carolyn Bennett, has [championed](#) a whole-of-government approach to health policy. The New Democrats, and their health critic, Libby Davies, have introduced the first national [health policy](#) with an explicit focus on the social determinants of health, including income inequality, housing and food security. While they stop short of the Canadian Medical Association's '[What Makes Us Sick](#)' recommendation to require the federal government to include a health impact assessment as part of the cabinet decision-making process, they endorse the idea that the federal government must address the health impacts of decisions in all sectors.

Canadians understand that health is more than hospitals and doctors, diet and exercise. A Health in All Policies approach offers public leaders an opportunity to turn that understanding into thoughtful action.

Danyaal Raḡa is a Toronto-based family physician. Follow him on Twitter at @danyaalraḡa. Ryan Meili is a Saskatoon-based family physician, expert advisor with EvidenceNetwork.ca and author of A Healthy Society: how a focus on health can revive democracy. Follow him on Twitter @ryanmeili.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Huffington Post*, *National Newswatch* and the *Waterloo Region Record*.

Intégrer la santé dans toutes les politiques gouvernementales : tout le monde y gagne

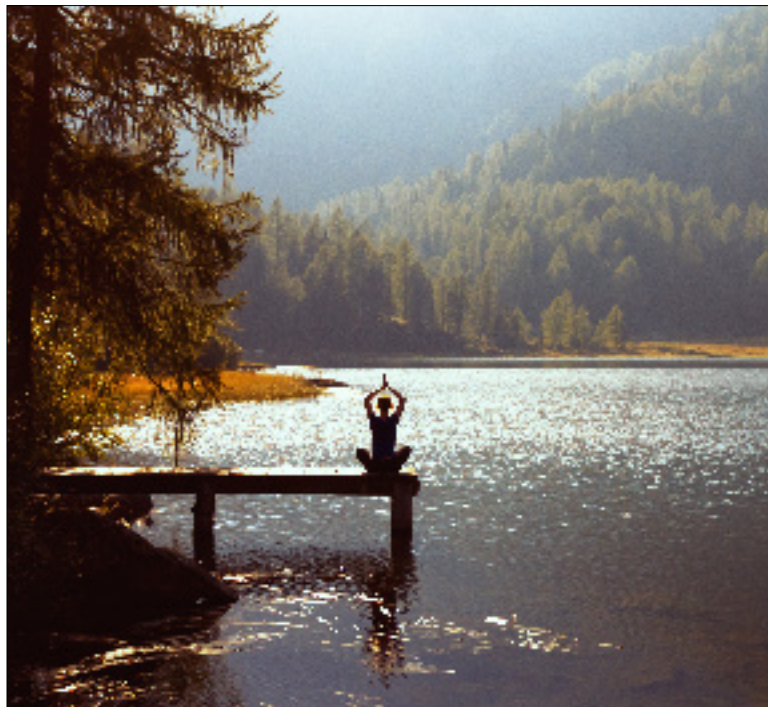
DANYAAL RAZA ET RYAN MEILI

Lorsque les médecins conseillent les patients sur leur santé, ils se concentrent souvent sur les changements de mode de vie comme l'alimentation, l'exercice ou le tabagisme. Des conseils de ce genre peuvent être importants pour la personne, mais font peu pour changer les facteurs sous-jacents à la santé comme le revenu, l'éducation et l'emploi. Or, ce sont ces facteurs qui ont le plus d'incidence sur la capacité des patients à bien se nourrir, à faire de l'exercice et à cesser de fumer.

Pour franchir le prochain pas dans la prise en compte des déterminants fondamentaux de la santé, il faut la participation des gouvernements et il faut bien comprendre que la santé et le bien-être vont au-delà des soins de santé.

Dans des pays comme la Finlande, depuis un certain temps, l'idée d'inscrire la santé dans toutes les politiques influence la politique publique. Cette approche de la politique s'applique aux déterminants sociaux sous l'angle de la santé dans les secteurs allant de l'éducation à la finance, en passant par le logement, le transport et l'assistance sociale. Dans les années 1970, le gouvernement finlandais a lancé l'un des premiers projets d'intégration de la santé dans toutes les politiques de l'Europe et a ciblé l'une des régions ayant d'importants problèmes

de santé. Au lieu de réprimander tout simplement la communauté et de lui conseiller « de manger moins et de bouger plus », les décideurs ont convaincu les producteurs locaux de beurre, de crème, de pain et de viande de réduire les matières grasses et le sel contenu dans leurs aliments, tout en introduisant la culture de graines oléagineuses et la production de petits fruits comme une solution de rechange saine pour gagner leur vie. Combinée à l'amélioration des menus dans les écoles et les lieux de travail et de rigou-



reuses lois contre le tabagisme, l'intégration de la composante santé dans les politiques agricoles, économiques et éducatives a contribué à réduire de 73 pour cent les maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées de 18 à 65 ans.

Au Canada, le Québec figure en proue en ce qui concerne l'intégration d'une composante santé dans l'élaboration de toutes les politiques. En 2002, la province a adopté sa nouvelle Loi sur la santé publique, une législation qui impose aux ministères et aux organismes provinciaux de veiller à ce que les nouveaux projets de loi et règlements ne portent pas atteinte à la santé des Québécois.

L'utilisation systématique d'études d'impact sur la santé en est le résultat et commence à toucher d'autres paliers de gouvernement. Par exemple, le maire d'Acton Vale, une petite ville à l'extérieur de Montréal, a commandé une étude d'impact sur la santé pour un projet de développement résidentiel proposé aux abords d'un sentier de motoneige, d'une autoroute et d'une école. Les résultats ont permis de dégager une orientation concrète sur la manière de prévenir les accidents par la conception de rues sécuritaires, la réduction de nuisances sonores, la stimulation du transport actif et la conservation d'espaces verts.

Ailleurs qu'au Québec, malgré l'approbation de la communauté des soins de santé et des politiques publiques, la notion d'intégration de la santé dans toutes les politiques n'a pas trouvé la volonté politique nécessaire pour opérer un changement significatif. Toutefois, depuis l'année dernière, on voit quelques lueurs d'espoir avec les gouvernements de toutes les sphères politiques au Canada qui commencent à estimer ce potentiel.

Récemment, Stephen Kent, ministre de la Santé de Terre-Neuve et vice-premier ministre, a montré sa compréhension du potentiel de la santé inscrite dans toutes les politiques. Avant sa nomination, monsieur Kent était l'un des trois candidats en lice pour la direction du Parti progressiste-conservateur de la province. Dans sa plate-forme de soins de santé se trouvait un engagement à faire de la santé une priorité dans l'ensemble du gouvernement. Stephen Kent proposait à des équipes de collaboration, incluant le ministère des Ressources naturelles de Terre-Neuve-et-Labrador, la société d'habitation, les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille et les affaires municipales, de « créer un meilleur environnement pour des personnes en santé ». Aujourd'hui, comme ministre de la Santé, il a toute la latitude pour mettre ces plans en action.

Au cœur d'une région connue pour être conservatrice, le nouveau maire d'Edmonton, Don Iveson, propose une approche similaire à l'échelle de l'administration municipale. Il a récemment organisé un colloque sur la pauvreté à la grandeur de la ville en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Bien que la prestation des soins de santé soit habituellement du ressort provincial, le colloque du maire a permis de cerner un certain nombre de champs d'action à l'échelle municipale. Parmi les sujets abordés, on a relevé les lacunes « traditionnelles » au chapitre de l'assurance maladie (médicaments,

soins dentaires et vue) ainsi que les lacunes dans les besoins en amont comme les manuels scolaires, le logement abordable dans une ville connaissant une hausse des loyers et l'accessibilité aux programmes communautaires de sports.

À l'échelle fédérale, l'ancienne porte-parole libérale responsable la Santé, Dre Carolyn Bennett, se porte à la défense de l'intégration de la santé dans l'administration de la politique. Les néo-démocrates et leur critique de la santé, Libby Davies, ont mis en place la première politique nationale de santé avec un accent explicite sur les déterminants sociaux de la santé, notamment l'inégalité des revenus, le logement et la sécurité alimentaire. Bien qu'ils s'arrêtent aux recommandations de l'Association médicale canadienne présentées dans le rapport *Les soins de santé au Canada : Qu'est-ce qui nous rend malade* qui exigent du gouvernement fédéral d'inclure une étude d'impact sur la santé dans le processus décisionnel du cabinet, ils souscrivent à l'idée que le gouvernement fédéral doit tenir compte des impacts sur la santé des décisions prises dans tous les secteurs.

Les Canadiens comprennent que la santé va bien au-delà des hôpitaux, des médecins, du régime alimentaire et de l'exercice. L'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques publiques donne l'occasion aux dirigeants de transformer cette compréhension en action réfléchie.

Danyaal Raza est médecin de famille à Toronto. @danyaalraza. Ryan Meili est médecin de famille à Saskatoon, expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca et auteur de A Healthy Society: how a focus on health can revive democracy. @ryanmeili

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans le *Huffington Post Québec*.

Why did Manitoba students perform so poorly on the latest national school report?

Addressing poverty the answer to improving educational outcomes

By MARNI BROWNELL AND NATHAN NICKEL

The latest report from the Pan-Canadian Assessment Program (PCAP) will give educators in Manitoba pause for thought: Manitoba performed poorly relative to their peers across the country.

PCAP focused on science in this, its third, report, but also measured grade eight student competencies in math and reading. All subjects — science, math and reading — were scored out of 1,000 possible points. The Canadian average, for each subject, was 500 points.

On average, Manitoba grade eight students scored 465 on science, 35 points below the Canadian average of 500. Manitoba's average reading score was 469 points out of 1,000 compared with Canada's average reading score of 508. Finally, Manitoba's average math scores were 36 points below the Canadian average: 471 out of 1,000 compared with the average of 507.

Many will point fingers at educators and call for changes in the education system — and ask why changes that have been implemented over the last several years have not been effective. But research done at the Manitoba Centre for Health Policy

(MCHP) suggests that we have to go beyond educators if we want to find out why Manitoba scores are at the bottom. It is beyond the education system where changes will have to happen if we want to improve the performance of Manitoba students, and ultimately, improve the life chances of our children and youth.

We know that not all Manitoba students perform the same on the PCAP assessments.



In fact, 86 per cent of the Manitoba students who wrote the test performed at the expected level or higher in science. So can we blame educators for the 14 per cent of Manitoba students who are scoring below expectations?

Our own research demonstrates that there are marked differences in school achievement among Manitoba students and these differences tend to be related to factors beyond education — such as poverty and family dysfunction, which affect the environment in which children are raised.

For one well established marker of school success — high school completion — the rates in Manitoba have improved significantly over the last several years; but for certain groups of kids, the rates of high school completion — which were lower to begin with — have not improved. These kids tend to come from families facing social and economic challenges, particularly poverty.

Manitoba consistently has one of the highest rates of child poverty in the country. Our research suggests that even when things like prenatal health (e.g., smoking during pregnancy), health at birth (e.g., premature birth), and health during preschool are considered — that is, things we know contribute to how well kids do in school — they play a relatively minor role in school achievement when compared to the impact of poverty. Another MCHP study suggests that income inequality among Manitoba families has increased over the past 25 years which means more Manitoba children and their families are disadvantaged compared to their peers than in years past.

In other words, while strategies that focus on enhanced teacher training and fundamental skills could have an impact on some students' performance, the road to higher PCAP scores lies not necessarily in the classroom but in improving living conditions for poor children and their families.

Although reducing socio-economic disparities sounds like a daunting task, there is encouraging evidence that programs which accomplish this are effective. Recent work published by MCHP researchers shows that youths who live in social housing that is located in more affluent areas do better in school than youths living in social housing in poorer areas of Winnipeg. An experiment in Dauphin, Manitoba also found positive health and educational benefits associated with a guaranteed annual income — including increased high school completion rates.

So let's use Manitoba's scores on PCAP to prompt us into doing something that will actually improve things for kids: higher incomes for the bottom 20 per cent, more social housing outside the core, and more support for parents and families who need it.

And let's thank and reward those teachers who face the challenges of the inner city schools, rather than condemning them.

Marni Brownell is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a senior research scientist with the

Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) and associate professor in the Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Nathan Nickel is a research scientist with the MCHP and assistant professor in the Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine at the University of Manitoba.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Miramichi Leader*, *Ottawa Life* and the *Battlefords News-Optimist*.

Comment expliquer le rendement médiocre des élèves du Manitoba dans le dernier rapport national sur l'éducation?

La solution réside dans la réduction de la pauvreté

MARNI BROWNELL ET NATHAN NICKEL

Le dernier rapport publié dans le cadre du Programme pancanadien d'évaluation (PPCE) fournira matière à réflexion au corps enseignant du Manitoba. En effet, notre province affiche un rendement médiocre si comparé aux résultats obtenus dans l'ensemble du pays.

Axé principalement sur les sciences, ce troisième rapport analyse également les compétences des élèves de la 8^e année en mathématiques et en lecture. Les scores obtenus dans chaque matière sont transposés sur une échelle commune gradée de 0 à 1000. La moyenne pancanadienne est fixée à 500.

En moyenne, les élèves manitobains de 8^e année ont obtenu 465 points en sciences, soit 35 points sous la moyenne. En sciences, les élèves anglophones obtiennent des résultats légèrement plus élevés que les élèves francophones : 465 points contre 453. L'évaluation n'a relevé aucune différence à ce chapitre entre les garçons et les filles. En lecture, le résultat moyen s'établit à 469 points, contre 508 pour l'ensemble du Canada. Les élèves francophones et anglophones obtiennent un résultat



comparable; toutefois, les filles obtiennent des résultats significativement plus élevés que les garçons : 480 points contre 459. Enfin, les résultats en mathématiques sont inférieurs de 36 points (soit 471 points) par rapport à la moyenne canadienne, qui s'établit à 507 points. L'évaluation ne rapporte aucune différence significative entre les sexes ni entre les systèmes scolaires francophone et anglophone.

Nombreux seront ceux qui pointeront du doigt le corps enseignant et réclameront des changements dans le système d'éducation. Ils se demanderont pourquoi les mesures mises en place ces dernières années ont été inefficaces. Or, les recherches menées par le Centre manitobain de recherches en matière de santé (MCHP) indiquent qu'il faut chercher ailleurs pour expliquer pourquoi les résultats du Manitoba sont si faibles. En effet, les solutions qui permettront d'améliorer le rendement des élèves manitobains et les perspectives d'avenir de notre jeunesse résident à l'extérieur du système d'éducation.

Nous savons que les élèves manitobains n'affichent pas tous le même résultat au test du PPCE. Pourtant, en sciences, 86 pour cent ont obtenu les résultats attendus ou un rendement supérieur à la moyenne. Doit-on blâmer les enseignants pour ces 14 pour cent qui obtiennent des résultats inférieurs aux attentes?

Nos propres recherches révèlent qu'il existe certainement des différences marquées entre les élèves manitobains sur le plan du rendement scolaire, mais que cet écart tend à être associé à des facteurs autres que l'éducation, comme la pauvreté et le dysfonctionnement familial, qui se reflètent sur l'environnement dans lequel les enfants sont élevés.

Au cours des dernières années, les statistiques se sont nettement améliorées en ce qui a trait au diplôme d'études secondaires, considéré comme un indice de réussite scolaire. Dans les groupes où le taux d'obtention était déjà faible, toutefois, ils n'ont pas progressé. Ces jeunes sont souvent issus de familles aux prises avec des problèmes socio-économiques associés en particulier à la pauvreté.

Le Manitoba continue d'afficher l'un des taux de pauvreté infantile les plus élevés au pays. D'après nos recherches, des facteurs reconnus pour influencer la réussite scolaire comme la santé prénatale (par. ex. le tabagisme pendant la grossesse) et l'état de santé à la naissance (par. ex. les naissances prématurées) et à l'âge préscolaire, ne jouent qu'un rôle mineur si on les compare aux conséquences de la pauvreté. Une étude du MCHP révèle que les inégalités de revenus se sont accentuées au Manitoba depuis 25 ans, ce qui signifie qu'un plus grand nombre d'enfants et de familles sont maintenant désavantagés par rapport à leurs pairs.

En d'autres mots, bien que les stratégies axées sur la formation des enseignants et les compétences de base puissent avoir un effet sur le rendement de certains élèves, l'amélioration des résultats obtenus dans le cadre du PPCE ne passe pas forcément par la salle de classe, mais bien plutôt par les conditions de vie des enfants pauvres et de leurs proches.

La tâche de réduire les disparités socio-économiques peut sembler insurmontable, mais les programmes axés sur cet objectif produisent des résultats encourageants qui confirment leur efficacité. Les études récentes publiées par les chercheurs du MCHP montrent que les jeunes qui vivent dans des logements sociaux obtiennent de meilleurs résultats scolaires lorsque leur immeuble est situé dans un quartier aisé plutôt que dans

un quartier pauvre de Winnipeg. Par ailleurs, une expérience menée à Dauphin a montré qu'un revenu annuel garanti pouvait produire des résultats positifs sur le plan de la santé et de l'éducation, y compris un taux plus élevé de réussite au secondaire.

Par conséquent, les résultats obtenus dans l'évaluation du PPCE devraient nous inciter à préconiser des mesures qui auraient un effet réel sur la condition des enfants au Manitoba : augmenter le revenu du 20 pour cent des ménages au bas de l'échelle sociale; multiplier le nombre de logements sociaux ailleurs qu'au centre-ville; et accroître le soutien offert aux parents et aux familles qui en ont besoin.

Enfin, plutôt que de leur jeter la pierre, n'oublions pas de remercier et de récompenser ces membres du corps enseignant qui affrontent au quotidien les défis propres aux écoles du centre-ville.

Marni Brownell est experte-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca, chercheuse principale au Centre manitobain de politiques en matière de santé (MCHP) et professeure associée au département des sciences de la santé communautaire de la faculté de médecine à l'Université du Manitoba. Nathan Nickel est chercheur au MCHP et professeur adjoint au département des sciences de la santé communautaire du même établissement.

(octobre 2014)

How to fight ‘Fearbola’ in Canada

Communication between public health officials and frontline health care workers critical

S. MICHELLE DRIEDGER

“Fearbola” is the recent term being used to describe widespread public fears of an Ebola outbreak in the United States. “Fearbola” is said to spread easily through conversation or even from simply seeing images and videos about Ebola. While we in Canada might feel immune to Fearbola, sadly, we are not.

The only way to fight Fearbola is to provide responsible communications about how Ebola spreads and when Canadians need to worry. But that isn’t so easily done in a communications environment that is often only a 140 character tweet away.

Recently front line health professionals — primarily nurses — were quoted in the media saying that they are not prepared for an Ebola outbreak should one happen in an urban Canadian hospital. These comments are in direct contrast to those made recently by top level government and public health officials that Canada is ready. So who’s right?

Providing effective communication is critical to ensuring health care workers feel informed and safe at work. Nursing union representatives have clearly expressed that nurses do not feel prepared for Ebola in their hospitals. Media stories have documented how personal protective equipment and training for front line health workers hasn’t been available in all hospital locations across the country.



Having senior public health leadership and elected officials talk in the media about having plans to manage Ebola if, and when, it arrives in Canada is insufficient. Front line staff need to know the content of those plans and how the plans play out within their local environments.

In most cases, this short-lived “controversy” was resolved within a very short period of time because the two parties did something novel: they sat down and talked. Emergency drills have also taken place at some hospitals across the country making many front line staff and public health officials more comfortable with Canada’s capacity to respond to an Ebola case should the situation arise. This is good news.

It is not unreasonable for front line staff to be worried about what happens when Ebola arrives in Canada. They are the very ones, after all, who will be providing care to patients that test positive for the virus. Front line health staff do the kind of work they do because they fundamentally care about people. If you look at who is getting sick in Sierra Leone, or in Dallas for that matter, it is front line health staff and the friends and family members that provide care to their loved ones before they arrive at a health centre or hospital for treatment.

Why? It’s because Ebola is not highly contagious until later in the course of the illness when contact with bodily fluids may occur — most commonly a concern for care givers. This helps us understand why people in close prolonged contact with Ebola patients may become infected.

Ebola isn’t like the flu where you are contagious before you have physical signs of actually being sick. Ebola is highly infectious only when an Ebola patient has physical symptoms, expressed primarily through blood, vomit and feces. It is then that anyone who comes in close contact is at greatest risk of catching the Ebola virus.

So — at least within Canada — we should not fear the average stranger who may or may not have a fever. But we should take reasonable precautions and ask the right questions when caring for people who have non-specific symptoms characteristic of Ebola. Those questions primarily begin with asking if that sick person has traveled to an Ebola region within the last 21 days. So don’t be surprised if you are asked this question when you seek health care.

If you are sick and you know that you have undertaken such recent travel then it is in your best interest to seek early treatment and let your health care providers know right away about your travel, not only so they can protect themselves and others, but so that you can get the best treatment available as soon as possible.

A few weeks ago there was little discussion of Ebola in a Canadian context in the media. Now there is increasingly more frequent discussion. This is good. We need to hear from the people responsible to protect Canadians not only that they have a plan in place, but what the plan entails in broad terms. And it would be especially good if front line staff could hear the plan first, and in greater detail. Let’s fight Fearbola before it strikes.

S. Michelle Driedger is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and professor and Canada Research Chair in Environment and Health Risk Communication in the Department of Community

Health Sciences, College of Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Manitoba.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in *iPolitics.ca*, the *Epoch Times* and the *Medical Post*.

Comment vaincre « la hantise Ebola » au Canada

La communication entre les autorités sanitaires et les intervenants de première ligne est essentielle

S. MICHELLE DRIEDGER

Le terme « Fearbola » est apparu récemment pour désigner la peur généralisée et irrationnelle que suscite l'idée d'une écloison de fièvre Ebola aux États-Unis. On dit que cette hantise se propage par le biais des conversations sur le sujet et des photos et vidéos qui circulent. Au Canada, on pensait être immunisé contre le phénomène, mais tout indique le contraire.

Il y a qu'un seul moyen de lutter contre la « hantise Ebola » : communiquer de façon responsable. Il faut expliquer notamment comment le virus Ebola se propage et à quel stade il est légitime de s'inquiéter. Une tâche loin d'être évidente dans un contexte où 144 caractères séparent un gazouilli du suivant.

Tout récemment, on a entendu des intervenants de première ligne — des infirmières pour la plupart — déclarer dans les médias qu'ils n'étaient pas préparés à affronter une écloison du virus Ebola si elle survenait dans un hôpital en région urbaine. C'est exactement le contraire de ce qu'ont affirmé les autorités gouvernementales et sanitaires. Alors qui dit vrai?

Pour que les prestataires de soins aient le sentiment d'être bien renseignés et en sécurité, il faut un plan de communication efficace. Les

représentantes syndicales ont exprimé clairement les inquiétudes des infirmières. Les médias ont fait l'illustration que nos hôpitaux ne disposaient pas tous de l'équipement de protection nécessaire, et que tous n'avaient pas donné de formation à leur personnel de première ligne.

Les autorités sanitaires et les élus ne doivent pas se contenter de répéter dans les médias



que des plans d'action ont été mis en place advenant l'apparition de cas du virus Ebola. Les équipes de première ligne sont en droit de connaître le contenu de ces plans, ainsi que les détails de leur mise en œuvre dans tous les établissements hospitaliers du pays.

Dans la plupart des cas, la « controverse » aura été de courte durée. Pour une fois, les parties ont innové : elles se sont rencontrées et concertées. Des répétitions générales ont eu lieu dans certains hôpitaux qui ont rassuré les équipes de première ligne et les autorités sanitaires sur notre capacité de réaction. Voilà une bonne nouvelle.

Il n'est pas déraisonnable pour les équipes de première ligne de s'inquiéter. Ce sont leurs membres qui prodigueront des soins aux patients infectés. S'ils font ce genre de travail, à la base, c'est par désir d'aider les gens. En Sierra Leone, comme ce fut d'ailleurs le cas à Dallas, les personnes qui tombent malades sont souvent des prestataires de soins, ainsi que des amis et des proches qui ont soigné un être cher jusqu'à ce qu'il soit traité dans un centre médical ou un hôpital.

Pourquoi s'inquiètent-ils? Parce que le virus Ebola ne devient vraiment contagieux qu'en phase avancée de la maladie, au stade où un contact avec les liquides biologiques des patients peut se produire. Le personnel soignant est donc concerné au premier chef. On comprendra alors qu'un contact étroit et prolongé avec les patients augmente le risque d'infection.

La transmission du virus Ebola ne ressemble en rien à celle de la grippe. Dans le cas de la grippe, une personne sera contagieuse avant de montrer des signes de la maladie. Le virus Ebola, par contre, ne devient hautement contagieux que lorsque certains symptômes physiques comme les hémorragies, les vomissements ou les diarrhées s'aggravent. Ce n'est qu'à partir de ce stade qu'une personne qui côtoie étroitement un malade court le plus grand risque d'être infectée par le sang, les vomissures et les selles de celui-ci.

Il n'y a donc aucune raison de craindre le premier venu qui montrerait de signes de fièvre — du moins au Canada. Néanmoins, si une personne présente des symptômes non spécifiques caractéristiques du virus Ebola, il faut prendre des mesures raisonnables et poser les questions qui s'imposent. En tout premier lieu, on cherchera à savoir si elle a séjourné récemment dans une région touchée par la maladie. Ne vous étonnez pas, par conséquent, si l'on vous pose la question lors de votre prochaine consultation médicale.

Si vous êtes malade et que vous avez voyagé récemment dans l'une des régions touchées, vous avez tout intérêt à vous faire soigner le plus rapidement possible et à en informer les personnes qui vous prendront en charge. L'important n'est pas seulement de protéger la santé des prestataires de soins et celle de votre entourage, mais aussi de bénéficier du meilleur traitement possible dans les meilleurs délais.

Il y a quelques semaines à peine, les médias s'intéressaient peu au virus Ebola dans le contexte canadien. Aujourd'hui, on en parle de plus en plus. C'est une bonne chose. Nous n'avons pas seulement envie de savoir que les personnes qui ont la responsabilité

de nous protéger ont préparé un plan d'action : nous aimerions en connaître les grandes lignes. On pourrait également commencer par en communiquer les détails aux équipes de première ligne. Ensemble, mettons tout en œuvre pour vaincre la « hantise Ebola » avant qu'elle ne nous atteigne.

S. Michelle Driedger est experte-conseil auprès du site EvidenceNetwork.ca. Elle est professeure au département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba, affilié à l'École de médecine de la Faculté des sciences de la santé. Elle est titulaire de la Chaire de recherche du Canada en environnement et communication des risques pour la santé.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Chapter 5: More Care Not Always Better

New cholesterol guidelines mean many patients may reassess their use of statins

ALAN CASSELS

There was a rare ray of hope illuminating the cholesterol world when it was revealed that most people who are taking cholesterol-lowering (statin) drugs probably should reconsider that decision. Statins include drugs like Crestor, Lipitor or Zocor, and are currently consumed by nearly 20 per cent of the Canadian adult population.

New guidelines issued by a few major heart organizations in the U.S. now say that people don't really need to be aiming for certain numerical targets by swallowing statin drugs. Perhaps the guideline writers realized that this obsession with "lower is better" around cholesterol levels isn't based on any solid evidence. Despite the fact that some researchers and physicians have been saying the same thing for years (and I've been ranting about this for at least a decade), the Good Ship Cholesterol is finally starting to alter its course.

People religiously swallowing their daily statin need reminding that cholesterol is a valuable substance in our blood and levels of so-called "high" cholesterol have always been an artifact of the pharmaceutical industry and those clinicians who believe in the "lipid theory." Even with known harms of statins (muscle-weakening, cognitive problems) the drug industry, along with cholesterol "experts" have created a massive market worth billions of dollars by getting people (including our doctors) to worry about cholesterol targets and driving patients to swallow drugs to achieve those targets.

This new announcement is controversial, with some cardiologists calling it a major course alteration in how doctors will treat people considered at "high risk" of cardiovascular disease. Others say that the changes lower the thresholds at which people are



considered “high risk,” and this will lead to even more statin over treatment.

I can’t predict the effects of the new guidelines but one thing that is very hopeful about them is that they emphasize “patient preferences.” When people realize that a daily statin for five years reduces the chance of a cardiovascular event by about one per cent (or five to seven per cent if you have already had a heart attack), they might come to the conclusion that statins aren’t worth the hassle, risk of adverse effects and the financial costs.

Knowing the miniscule effects of “high cholesterol” I think will lead people to seek out other — perhaps healthier and safer — ways to lower their cardiovascular disease risk.

The new guidelines, put out by the American Heart Association and the American College of Cardiology, are saying that targeting numerical values of what is considered “ideal” cholesterol is the wrong approach. Like with any “treat to target” approach, a number of people will never reach the targets, no matter how strong a statin they swallow, and then they are left with anxiety and feeling like a ticking time bomb just because of an arbitrary threshold that they couldn’t get below.

There are a lot of things that determine your risk of future cardiovascular disease and any online Framingham calculator will help you put some numbers around what your personal risks might be. But just because something is a risk factor doesn’t mean lowering it will reduce or eliminate that risk.

These new guidelines also put the kibosh on so-called cholesterol boosting drugs, such as ezetimibe (trade names: Ezetrol or Zetia) which most independent analysts have been calling a massive waste of money ever since they hit the market. This drug may lower your LDL cholesterol, but so what? Does it make a difference in your chances of having a heart attack or stroke? There’s no evidence to support that. Despite this lack of any meaningful effect, it still makes its manufacturer, Merck, nearly \$3 billion per year.

It’s debatable whether these new guidelines will increase or decrease the use of cholesterol-lowering drugs. At the very least I think they may well help people relax, and that’s a good thing. When patients start to ask their doctors about the benefits, the potential adverse effects of the drugs and the risk of drug-to-drug interaction, a fuller and more comprehensive discussion can happen about what swallowing a daily statin will ultimately mean for them.

At the end of the day people can talk to their doctor about what they can do to reduce a future risk of heart attack or stroke, and that advice hasn’t changed: a healthy diet, adequate exercise, not smoking — the usual triumvirate of healthy living advice. To that, I’ll add one more: don’t worry, be happy (and stop obsessing about your cholesterol numbers).

Alan Cassels is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a pharmaceutical policy researcher in Victoria and the author of *Seeking Sickness: Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease*, where he writes of the folly of cholesterol screening.

(November 2014)

A version of this commentary appeared in the *Winnipeg Free Press*, *Cambridge Times* and the *Waterloo Region Record*.

New cholesterol treatment guidelines reassess statin drug use

Debate has missed the focus on patient preference

JAMES McCORMACK AND MIKE ALLAN

There has been much discussion over the last few days, by journalists and health professionals, on the new guidelines for the treatment of blood cholesterol put forward by the American Heart Association (AHA) and the American College of Cardiology (ACC). Critics have raised concerns the revised guidelines will increase the number of healthy people who take statin drugs by 70 per cent, that treatment thresholds are too low and that some guideline writers have links to the drug industry.

But these discussions have largely missed two key words in the new guidelines: “patient preference.” The ACC/AHA state clearly, and emphatically — the term is used more than 20 times in the document — that this is a framework for clinical decision making that must incorporate “patient preferences.” To put this into context, the Canadian Cardiovascular Society lipid guidelines from 2006 and 2009 make no mention of patient preferences whatsoever, and while their 2012 version contains the word “preferences” five times, only once do they actually refer to patient preferences.

This is an important transformation in guideline attitude, and here’s why. No matter what recommendations this guideline or a health care professional may make, the patient is the one who should decide what’s best.



The biggest limitation of the ACC/AHA guidelines is that they don’t provide information in a manner that easily facilitates a balanced discussion between a patient and a health care professional. Fortunately, it’s not all that difficult.

One of the most controversial parts of the guidelines is the threshold for treatment

they recommended — individuals with a 10-year heart attack and stroke risk of 7.5 per cent or greater is where “risk reduction benefit clearly exceeds the potential for adverse effects.” That’s their opinion but what counts is your opinion.

The evidence suggests statins reduce heart attack/stroke risk by approximately 30 per cent or roughly one third.

What does this mean? If you take roughly a third off of 7.5 per cent (2.5 per cent), the risk for heart attack and stroke would drop to around five per cent. Put a different way, this means 40 people need to be treated for 10 years to benefit one person; or 97.5 per cent get no clinical benefit whatsoever from statin drugs.

Let’s say a higher threshold like 10 per cent had been chosen instead, as some critics have argued should have been the case. Doing similar math, 10 per cent goes down to seven per cent (a 30 per cent reduction) which is a difference of three per cent. Thus, 33 people need to be treated to benefit one person and 97 per cent get no benefit from taking statins. So the big debate about the threshold is a debate about a 0.5 per cent 10-year difference (a three per cent vs. a 2.5 per cent benefit).

Now on the other end of the risk spectrum, a person with a past stroke/heart attack or an older person with many risk factors may have roughly a 30 per cent risk. They would get a 10 per cent absolute benefit over 10 years. This means this higher risk person (who has already had a heart attack or stroke) taking a statin for 10 years has about a one in 10 chance of benefiting from the medicine while 90 per cent will get no benefit at all.

That’s the benefit, so what about harm?

Muscle aches and stiffness occur in five to 10 per cent of people taking statins, with severe muscle or kidney damage occurring in roughly one in 10,000, and possible abnormal liver lab values in two per cent. Some people experience nausea, constipation, diarrhea and then, of course, there is the drug cost and the frustration of taking a pill every day. Fortunately most of these harms are reversible.

There are a few caveats. Most studies with statins have been for five years or less, so we really don’t know about long-term benefit and harm. You may have also heard statins cause diabetes, but the risk increase for diabetes is only about one per cent, and because statins overall reduce the risk for heart attack or stroke (the reason we treat type 2 diabetes), this risk is not clinically important.

If, after thinking about the above information you wish to try a statin, then that is the right choice for you. If, however, you don’t want to take a statin based on the information, that is also the right choice for you. In either case, you can always change your mind.

Your health care professional should support you no matter the decision. This is really

what the new guidelines should be all about.

James McCormack is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor with the Faculty of Pharmaceutical Sciences at the University of British Columbia in Vancouver. Mike Allan is a family doctor, associate professor and the director of evidence based medicine in the Department of Family Practice at the University of Alberta. They both co-host a weekly podcast (Best Science Medicine Podcast) that is regularly rated one of the top medical podcasts available through the iTunes store or at therapeuticseducation.org.

(November 2013)

A version of this commentary appeared in the *Winnipeg Free Press*, *Waterloo Region Record* and the *Medical Post*.

When health services harm more than help

The dangers of over diagnosis

CHARLES WRIGHT

“First, do no harm,” as suggested by Hippocrates, is a vital principle that should always guide physicians, but they are also well aware that in modern health care, whether in the form of drugs, operations, radiotherapy or any other form of treatment, there is always the possibility of causing harm to their patients. All drugs have potential adverse side effects and all surgery carries risk. Doctors and patients need to be reasonably satisfied that the likely balance of benefit and harm with any intervention is favourable.

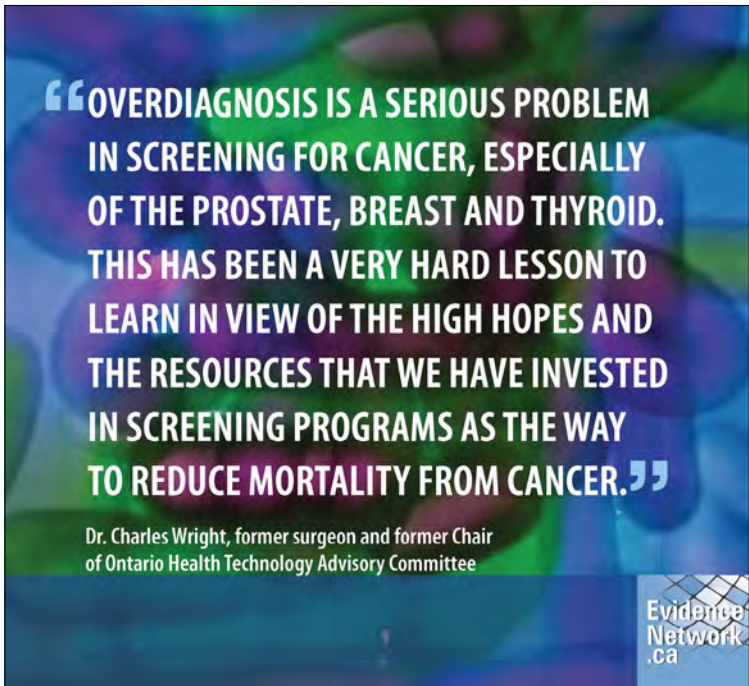
Unfortunately, our ability now to test for and find insignificant abnormalities in people often leads to medical interventions that offer little or no benefit but still carry all the potential harms. Harm as a consequence of necessary treatment can be accepted but exposing healthy people to harm from treatment that they should not have had in the first place is unacceptable.

An international effort is now underway to identify the specifics of this “over diagnosis” problem, to raise professional and public awareness about it and to attempt to bring it under control.

Many features of our societal culture conspire to cause over diagnosis and over treatment, including the enormous public appetite for medical services, the erroneous notion that earlier diagnosis always causes a better result, the fear and denial of death, the huge advances in technology

bringing an ever-widening range of sensitive diagnostic tests, and the inevitable vested interests of drug and technology firms and of health care professions.

The public are bombarded with messages on what disease they don’t know they have yet, what drug they should be taking and what they must urgently talk to their doctor about.



**“OVERDIAGNOSIS IS A SERIOUS PROBLEM
IN SCREENING FOR CANCER, ESPECIALLY
OF THE PROSTATE, BREAST AND THYROID.
THIS HAS BEEN A VERY HARD LESSON TO
LEARN IN VIEW OF THE HIGH HOPES AND
THE RESOURCES THAT WE HAVE INVESTED
IN SCREENING PROGRAMS AS THE WAY
TO REDUCE MORTALITY FROM CANCER.”**

Dr. Charles Wright, former surgeon and former Chair
of Ontario Health Technology Advisory Committee

Evidence
Network
.ca

There are abundant examples in current medical practice. When enthusiastic specialty groups keep lowering the threshold level for calling a test for diabetes, kidney failure or high blood pressure abnormal, many more people are labeled with a disease. Drug firm advertising has convinced the public that cholesterol is a disease rather than a normal component of the blood. Normal human experiences, like grief, sadness, shyness, anxiety or hyperactivity risk getting you a diagnosis of a psychiatric “disorder” accompanied, of course, by a drug prescription. The dangers of sleeping pills and of antibiotics for viral infections do not seem to be understood by huge numbers of patients — and, unfortunately, many physicians also.

Over diagnosis is a serious problem in screening for cancer, especially of the prostate, breast and thyroid. This has been a very hard lesson to learn in view of the high hopes and the resources that we have invested in screening programs as the way to reduce mortality from cancer. The initial hope for the benefit of breast (mammography) and prostate (PSA) screening has been tempered by the more recent evidence on the very small size of the potential benefit in relation to the substantial harm caused by false positive tests. For decades these screening tests have led to biopsies revealing microscopic cells that are currently labeled as “cancer” by the pathologist, but with uncertain potential to cause any significant problem for the patient in the future.

A biopsy report using the “c” word inevitably causes fear and distress for the patient and, frequently, an aggressive treatment plan from the doctors. This problem — over diagnosing cancer — is now widely recognized, even by the U.S. National Cancer Institute that recently issued a seminal report by an expert panel recommending that these uncertain “cancers” should instead be labeled “IDLE” (indolent lesions) until research can help us differentiate those that need treatment from those that do not.

Those working in the cancer field, including clinicians and pathologists, will have to consider a new vocabulary, nomenclature and reporting language. At the very least, physicians need to share honestly with patients the serious uncertainty about the prognosis for these so-called “cancers” rather than pretending that current treatments are always based on good evidence of benefit.

It is widely believed by health care analysts that a significant proportion of currently provided health services is inappropriate — whether due to over diagnosis, over treatment or unnecessary and repetitive testing and imaging. This represents a huge wasted resource — health care dollars that could be spent productively elsewhere in the system — but even worse is the obvious fact that such services may not offer any benefit while subjecting patients to a wide range of all too familiar adverse side effects, risks and harms.

There is an urgent need for patients to be given more accurate and accessible information about the risks and benefits of health interventions, especially in screening pro-

grams involving normal healthy people with no signs or symptoms of disease. And remember the old adage, in health care as in many other things: more is not always better.

Charles Wright is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and chair of the Ontario Health Technology Advisory Committee.

(December 2013)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Medical Post* and *KevinMD*.

Sure fire tricks to get the most out of your vitamin supplements

MIKE ALLAN AND JAMES MCCORMACK

According to the *Oxford Dictionary*, vitamins “are a group of organic compounds essential for normal growth and nutrition and are required in small quantities in the diet because they cannot be synthesized by the body.”

As humans, we long for perfect health and longevity. This temptation leads us to try an endless variety of interventions to achieve this goal, with varying degrees of success. It may be this yearning for unattainable perfection that leads to decisions which appear logical but, in fact, are not.

The “vitamin logic” states, “if the body needs small amounts of vitamins to function, the body will perform even better if given more.” It is important to remember that using the “need a little so take a lot” philosophy has not turned out so well with food, alcohol, medications or vices.

There is the unfortunate reality that multiple large well-designed studies have quite consistently shown no advantage in taking vitamin supplements for relatively healthy people.

To date, well over 100,000 people have been studied over a number of years and the results have confounded vitamin logisticians and sales reps everywhere. Almost without fail, for relatively healthy people without obvious vitamin deficiencies, no change in overall death rate, cancer or cardiovascular disease has been shown. In fact, anti-oxidant vitamins, like Vitamin A, E or beta-carotene, have actually been shown to increase death for approximately one in every 300 who take any of those supplements for roughly three to five years.

B vitamins, believed to potentially reduce cardiovascular disease, have also been shown to have no effect. A very recent review also suggests no overall important clinical ben-

“WELL OVER 100,000 PEOPLE HAVE BEEN STUDIED OVER A NUMBER OF YEARS AND THE RESULTS ARE OVERWHELMING: FOR RELATIVELY HEALTHY PEOPLE WITHOUT OBVIOUS VITAMIN DEFICIENCIES, TAKING DAILY VITAMINS RESULTS IN NO CHANGE IN OVERALL DEATH RATE, CANCER OR CARDIOVASCULAR DISEASE.”

Mike Allan, family doctor and director of evidence-based medicine in the Department of Family Medicine at the University of Alberta

James McCormack, professor with the Faculty of Pharmaceutical Sciences at the University of British Columbia

Evidence Network .ca

efit from using Vitamin D supplements, except maybe reduced hip fractures, but 300 to 400 people need to take it to benefit one person, so the clinical importance of this is questionable.

“Vitamin logic” is so powerful that many of you may still be reluctant to believe the evidence, so we have devised some fool-proof ways for you to get the maximum benefit from vitamin supplements.

After purchasing any vitamin supplements, immediately drive to the house of a friend or family member that is at least five km from your house and ask them to store these vitamins in a safe place. Every day, when you generally take your vitamin supplement, simply walk to their house, pop that pill and then immediately walk home. Briskly. The results will astound you.

For those of you who swear by higher dose vitamins, choose a home 10 km from your house, run there at a comfortable pace, take two pills and run home. Note: You can actually just take one and get the same effect, which immediately cuts costs in half. Note 2: You can also take none.

If you have no friends or family — hopefully not a result of your vitamin “habit” — and are thus forced to keep and take your vitamins at home, there are still ways to maximize their effect. The ultimate technique is to place your favourite vitamins on your dinner plate and surround them with a variety of fresh vegetables, fruit and fish/poultry. Should you at anytime during the meal feel compelled to take one of the vitamins, pick it up, lick it, and then compare it to the taste of any of the food on your plate. If you prefer the taste of the vitamin supplement, go for it. Delicious Flintstones chewables are, of course, an exception — especially the Dino ones.

Fortunately, your body is equipped with a tremendous filtering system known scientifically as “your kidneys.” So effective are these organs that if you ingest more than the small amount of vitamins required for health, you pee out the excess. However, to avoid any possible strain on your kidneys, we suggest, before taking your vitamins, place them directly into the toilet and flush. Although this avoids the “middle man,” we’ll have to pray it won’t harm the fishes.

When you purchase vitamins, make sure they come from “natural sources” as it is well known that natural things are completely safe — for example, natural arsenic, natural tornadoes and natural snake venom.

Finally, if you can’t live without the belief vitamin supplements really do work, then package up the ones you buy and send them to countries where vitamin deficiency is a serious health concern. You will be proven correct, they are vital, and the effect of this generosity may be the only daily supplement you need.

Mike Allan is a family doctor, an associate professor and the director of evidence based medicine in the

department of Family Medicine at the University of Alberta. James McCormack is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and professor with the Faculty of Pharmaceutical Sciences at the University of British Columbia in Vancouver. They both co-host a weekly podcast — Best Science Medicine Podcast — that is regularly rated one of the top medical podcasts available through the iTunes store or at therapeuticseducation.org.

(February 2014)

A version of this commentary appeared in the [Vancouver Sun](#) and the [Winnipeg Free Press](#).

Les astuces les plus sûres pour tirer le maximum des suppléments vitaminiques

MIKE ALLAN ET JAMES McCORMACK

Selon le *Oxford Dictionary*, les vitamines [traduction] « sont un groupe de composés organiques qui sont essentiels à une croissance et une alimentation normales et doivent être ingérés en petite quantité dans le régime alimentaire, car le corps ne peut les synthétiser ».

En tant qu'êtres humains, nous espérons tous avoir une santé parfaite et vivre longtemps. Ce désir nous pousse à tenter un nombre incalculable de moyens de parfaire notre santé avec plus ou moins de succès. Notre quête acharnée d'une perfection inatteignable peut cependant nous amener à prendre des décisions qui en apparence semblent rationnelles, mais qui en vérité ne le sont pas.

Selon ce qu'on pourrait appeler la « logique des vitamines », on sera porté à croire que « si le corps a besoin de petites quantités de vitamines pour fonctionner, lui en donner de plus grandes quantités lui permettra de fonctionner encore mieux ». Il ne faut toutefois pas oublier que cette idée selon laquelle ce dont on a besoin en petite quantité devrait être consommé en grande quantité peut mener à des résultats plutôt négatifs lorsqu'on l'applique à la nourriture, à l'alcool, aux médicaments ou à nos vices.



Malheureusement, la réalité veut que de nombreuses études conçues avec sérieux et à grande échelle aient démontré de façon assez constante que la consommation de suppléments vitaminiques n'offre aucun avantage chez les personnes qui sont relativement en bonne santé.

Jusqu'à ce jour, plus de 100 000 personnes ont fait l'objet d'études s'entendant sur de nombreuses années et dans tous les cas les résultats ont contredit les tenants de la lo-

gique des vitamines et les représentants commerciaux. Presque à tout coup, chez les personnes relativement en bonne santé et ne souffrant pas d'une carence vitaminique apparente, la consommation de suppléments vitaminiques n'a eu aucun effet pouvant être démontré sur le taux général de mortalité ni sur les taux de cancer ou de maladies cardiovasculaires. En fait, il a été démontré que les vitamines qui ont un effet antioxydant, comme la vitamine A, la vitamine E et le bêta-carotène, contribuent en vérité à accroître la mortalité chez approximativement 1 personne sur 300 ayant consommé de tels suppléments vitaminiques pendant une période d'environ trois à cinq années.

Les études ont en outre montré que les vitamines B, qu'on croit associées à une possible réduction des maladies cardiovasculaires, sont aussi sans effet. Un examen tout récent laisse également entendre que la consommation de suppléments de vitamine D n'apporte aucun avantage clinique général important, à part peut-être une réduction des fractures de la hanche, mais pour obtenir cet avantage chez une personne, il faut que de 300 à 400 personnes consomment des suppléments de vitamines D, ce qui laisse dubitatif quant à son importance clinique réelle.

La logique des vitamines est par contre si profondément ancrée dans les croyances qu'il est possible que vous hésitez toujours à accepter les faits. C'est pour cette raison nous avons élaborés un petit ensemble de méthodes fiables pour tirer le maximum d'avantages des suppléments vitaminiques.

Après l'achat de suppléments vitaminiques, rendez-vous immédiatement chez un ami ou un membre de la famille qui vit à au moins cinq kilomètres de votre domicile et demandez-lui de garder vos suppléments dans un lieu sûr. Ensuite, chaque jour, au moment où vous prenez habituellement votre supplément, rendez-vous tout simplement à pied chez votre ami ou membre de la famille, prenez une capsule, et rentrez immédiatement chez vous, sans tarder. Les résultats vous stupéfieront.

Si vous n'avez foi qu'en des doses plus importantes de vitamines, choisissez un ami ou membre de la famille vivant à 10 kilomètres de chez vous, et rendez-vous à cet endroit au pas de course en gardant un rythme confortable, prenez deux capsules, et rentrez chez vous en courant. Remarque : vous pouvez, dans les faits, prendre une seule capsule et obtenir le même effet, ce qui permet de réduire les coûts de moitié. Deuxième remarque : vous pouvez également ne prendre aucun supplément pour le même effet.

Si vous n'avez pas de famille ou d'ami vivant près (espérons que ce n'est pas en raison de votre « consommation » de vitamines) et que vous devez conserver et prendre vos suppléments vitaminiques chez vous, il existe d'autres moyens de maximiser leur effet. Le meilleur est de mettre vos suppléments favoris dans une assiette à dîner et de les entourer de divers légumes frais, de fruits et de poulet ou poisson. Si pendant le repas vous vient l'envie de prendre un supplément, prenez-le entre vos doigts, léchez-le, et comparez son goût avec la saveur de la nourriture dans votre assiette. Si vous préférez

le goût du supplément à celui des aliments, avalez-le. Les délicieuses vitamines Pierrafeu sont évidemment une exception, en particulier celles qui ont la forme de Dino !

Heureusement, votre corps dispose d'un extraordinaire système de filtration, communément appelé « les reins ». Ces organes sont si efficaces que, lorsque vous ingérez plus que la petite quantité de vitamines dont vous avez besoin pour demeurer en santé, ils en expulsent l'excédent dans votre urine. Toutefois, afin d'éviter un épuisement éventuel de vos reins, nous vous conseillons avant de prendre un supplément vitaminique de le jeter directement dans la toilette et d'actionner la chasse d'eau. Bien qu'en procédant ainsi vous éviterez de les faire passer par votre organisme, prions pour que les suppléments ne causent aucun tort aux poissons.

Lorsque vous achetez des vitamines, assurez-vous qu'elles proviennent de « sources naturelles », car il est bien connu que toutes les choses naturelles sont parfaitement sécuritaires, comme l'arsenic naturel, les tornades naturelles et le venin de serpent naturel.

Enfin, si vous êtes toujours incapable d'abandonner la croyance que les suppléments vitaminiques fonctionnent réellement, emballez ceux que vous achetez dans un colis et envoyez-les dans un pays où les carences en vitamines sont un problème de santé publique grave. La justesse de votre croyance en l'efficacité des suppléments vitaminiques sera alors confirmée, car dans ces pays ils sont véritablement essentiels ; l'effet de cette générosité pourrait cependant être le seul supplément quotidien dont vous avez réellement besoin.

Mike Allan est médecin de famille, professeur agrégé et directeur des pratiques médicales fondées sur des données probantes en médecine familiale à l'Université de l'Alberta. James McCormack est un expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est également professeur à la faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver.

Les deux auteurs animent une émission hebdomadaire en baladodiffusion (Best Science Medicine Podcast) qui régulièrement est cotée comme étant la meilleure émission médicale offerte sur le site de la boutique iTunes ou au therapeuticseducation.org.

(février 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Screening mammography

It's time to tell women the facts

CHARLES WRIGHT

When first introduced four decades ago, breast cancer screening with mammography was widely regarded as an important tool in the fight against this terrible disease. It seemed obvious that the earlier it could be diagnosed the more lives could be saved. Aggressive treatment, it was thought, would prevent the cancer from spreading through the body. A huge amount of research evidence since then has slowly and painfully led to a different conclusion.

It is now clear that the benefits of screening mammography have been greatly exaggerated and the serious adverse effects all but ignored in the enthusiasm to support breast screening programs. It's time for these programs to be reconsidered.

It must be emphasized that this is the case for population screening of healthy women, not those with extra high risk factors.

This is a very unpleasant message for modern developed societies where three generations of women have been led to believe that regular mammograms will save their lives and where an enormous related industry has been built up, but it is time to face the facts.

Unscientific opinions and powerful vested interests abound on this subject, so it is essential to focus on well-conducted studies from independent sources to summarize the evidence. One of the most trusted of these, the Cochrane Collaboration, has been studying screening mammography intensively. Their most recent bulletin states that the benefit of screening 2,000 women regularly for 10 years is that one woman may have her life prolonged. Of the other 1,999 women, at least 200 will have false positive mammo-



grams leading to biopsies and surgery, and at least 10 women will be falsely diagnosed with breast cancer and consequently subjected to unnecessary surgery, radiotherapy and chemotherapy.

This problem, called over diagnosis, occurs when a biopsy reveals microscopic cells that are currently labeled as “cancer” by the pathologist, but with uncertain potential to cause any significant problem for the patient in the future. The “c” word inevitably causes fear and distress for the patient and an aggressive treatment plan from the doctors. This is now widely recognized, even by the U.S. National Cancer Institute which has recently recommended that these uncertain “cancers” should instead be labeled “IDLE” (indolent lesions) until research can help us differentiate those that need treatment from those that do not.

Now we’ve more evidence. The [Canadian National Breast Screening Study](#) published February 11, 2014 in the *British Medical Journal*, and widely reported in the international media, solidly confirms that there is no upside to breast screening healthy women in terms of mortality benefit in exchange for the downside of all the adverse consequences. In this study, 90,000 women aged 40 to 59 were randomly allocated to the mammography screening program or to annual physical examination only, with follow up to 25 years. The mortality was the same in both groups (500 in the first group and 505 in the second).

Adverse consequences from screening can include false negatives (a cancer is growing but missed by the mammogram), and potentially cancer-causing cumulative X-ray exposure. Not to mention the anxiety, pain and discomfort that women experience with the procedure and the huge cost of these programs to the health care system.

This new study, along with the Cochrane analysis, represent the beginning of a growing consensus among scientists and clinical epidemiologists that the evidence no longer supports population screening of healthy women with mammography. Several prominent female U.K. doctors have gone public about choosing not to have breast cancer screening, including the editor of the *British Medical Journal*, the past president of the Royal College of GPs and the professor of obstetrics at King’s College London.

Nobody can be happy about all of this disappointing news with its serious public, professional and political implications, but surely we cannot ignore it. The hope that breast screening could cause a reduction in the mortality from this terrible disease was at first well placed 40 years ago, but it is no longer possible to advocate for an intervention that carries such a tiny (if any) likelihood of benefit along with such a huge burden of harmful consequences.

The very essence of science is about seeking truth through the constant cycle of evidence, analysis and revision. In response to a hostile question, John Maynard Keynes famously remarked “When the facts change, I change my mind. What do you do, sir?”

We should heed that lesson here.

It may take a long time to dispel the false hope that has been given to women with mammogram screening, but the very least and immediate response should be the development of a mandatory consent form for women to sign before screening that distinguishes the most recent and overwhelming evidence from the current inappropriate enthusiasm. Women would then be empowered to make an informed choice.

Public health agencies should also consider a comprehensive plan for public re-education about screening mammography, followed by the gradual dismantling of population breast screening programs across the country.

Following Dr. Charles Wright's career as surgeon, teacher, researcher and health system administrator, he is now a consultant in medical affairs, program planning and evaluation based in Toronto and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. He recently stepped down as chair of the Ontario Health Technology Advisory Committee.

(February 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, *Vancouver Province* and the *Huffington Post*.

La mammographie de dépistage

Il est temps de mettre les femmes au courant des faits

CHARLES WRIGHT

Il y a quarante ans, la mammographie de dépistage du cancer du sein fut accueillie par une majorité comme un outil important dans la lutte contre cette terrible maladie. Il semblait évident que plus on la détecterait tôt, plus on sauverait de vies. Un traitement agressif, pensait-on, permettrait d'empêcher sa propagation dans l'organisme. Depuis lors, une quantité énorme de données de recherche nous a menés, lentement et péniblement, vers d'autres conclusions.

Il est clair aujourd'hui que, dans notre élan d'enthousiasme à l'égard des programmes de dépistage, nous avons grandement exagéré les avantages de la mammographie et largement passé sous silence la gravité de ses effets indésirables. Le temps est venu de repenser notre approche.

Insistons d'abord sur le fait que cette remarque concerne le dépistage de masse chez les femmes en bonne santé, et non celles qui montrent des facteurs de risque très élevés.

Il s'agit d'un message très désagréable à livrer dans nos sociétés modernes et développées, où trois générations de femmes ont été amenées à croire qu'une mammographie réalisée sur une base régulière permettrait de sauver des vies et où tout un secteur d'activité a essaimé autour de cette idée. Néanmoins, il est temps de regarder les choses en face.



Les opinions non scientifiques sur le sujet abondent, de puissants groupes d'intérêts aussi. Il est donc essentiel de s'en tenir, pour colliger les données probantes, aux études menées dans les règles de l'art par des sources indépendantes. L'une des plus fiables parmi celles-ci, la Collaboration Cochrane, suit de très près la mammographie de dé-

pistage. Dans son bulletin le plus récent, on apprend que le dépistage régulier de 2000 femmes pendant 10 ans ne permet de prolonger la vie que d'une femme seulement. Sur les 1999 qui restent, pas moins de 200 obtiendront un résultat faux positif qui les conduira à la biopsie et à la chirurgie; au moins 10 recevront un faux diagnostic de cancer du sein et seront soumises, par conséquent, à des interventions inutiles en chirurgie, en radiothérapie et en chimiothérapie.

Appelée « surdiagnostic », cette situation survient lorsqu'une biopsie révèle des cellules microscopiques auxquelles le pathologiste attribuera couramment l'étiquette « cancéreuses », sans qu'on sache avec certitude si elles risqueront de causer un jour un problème important pour la patiente. Inévitablement, le mot « cancer » provoque de la peur et de la détresse; il pousse les médecins à intervenir de façon musclée. C'est un fait largement admis, même par le National Cancer Institute des États-Unis, qui recommande depuis peu de désigner ces « cancers » incertains par l'acronyme « IDLE » (pour *indolent lesions* [lésions indolentes]), jusqu'à ce que les recherches nous permettent de distinguer entre celles qu'il faut traiter et les autres.

On vient d'obtenir de nouvelles preuves à cet égard. Publiés cette semaine dans le *British Medical Journal* et rapportés abondamment dans la presse internationale, les résultats de la Canadian National Breast Cancer Screening Study confirment sans ambiguïté que les avantages du dépistage chez les femmes en bonne santé ne contrebalancent aucunement, sur le plan de la mortalité, les inconvénients associés à ses répercussions indésirables. Dans l'étude canadienne, 90 000 femmes âgées de 40 à 59 ans ont été réparties aléatoirement en deux groupes; le premier a subi un programme de dépistage par mammographie et le deuxième, un examen médical annuel seulement. Après les avoir suivis pendant 25 ans, on a constaté que le taux de mortalité était identique dans les deux groupes (500 dans le premier et 505 dans le deuxième).

Les répercussions indésirables découlant du dépistage comprennent les faux négatifs (il y a présence de cancer, mais la mammographie ne le détecte pas), ainsi qu'une exposition cumulative à des rayonnements potentiellement cancérogènes. Sans mentionner l'anxiété, la douleur et l'inconfort que suscite l'intervention chez les femmes et le coût énorme des programmes pour le système de santé.

Jumelée à l'analyse Cochrane, cette nouvelle étude signale l'émergence d'un consensus chez les scientifiques et les épidémiologistes cliniques : les données probantes n'appuient plus le dépistage de masse par mammographie chez les femmes en bonne santé. Au Royaume-Uni, plusieurs éminentes femmes médecins ont déclaré publiquement qu'elles ne subiraient pas l'examen, dont l'éditrice du *British Medical Journal*, l'ancienne présidente du Royal College of General Practitioners ainsi que la professeure d'obstétrique au King's College de Londres.

Vu ses répercussions sérieuses sur le plan populationnel, professionnel et politique, ce

constat ne réjouira personne, mais on ne peut certes pas le passer sous silence. Il y a 40 ans, l'espoir de réduire, grâce au dépistage, le taux de mortalité attribuable à cette terrible maladie était fondé. Il n'est plus possible, toutefois, de se porter à la défense d'une intervention qui ne comporte qu'une minuscule chance (si chance il y a) d'apporter des bienfaits, surtout lorsque le fardeau des conséquences nuisibles est aussi lourd.

La recherche de la vérité grâce au cycle perpétuel de la collecte de données, de l'analyse et de la remise en question constitue l'essence même de l'approche scientifique. À une question hostile qui lui était posée, John Maynard Keynes a donné une réponse devenue célèbre : « Quand les faits changent, je change d'avis. Et vous, monsieur? » Dans le cas qui nous occupe, c'est un enseignement que nous devrions suivre.

Renoncer aux faux espoirs suscités par la mammographie de dépistage pourrait prendre un certain temps. À tout le moins, une mesure immédiate devrait être prise : instaurer un formulaire de consentement obligatoire qu'on demanderait aux femmes de signer avant l'examen, dans lequel les données irréfutables les plus récentes viendraient contrebalancer l'enthousiasme qu'il suscite à tort. Les femmes disposeraient alors de toute l'information requise pour faire un choix éclairé.

Les organismes de santé publique devraient envisager l'adoption d'un plan exhaustif de « rééducation » du public à l'égard de la mammographie, qui serait suivi d'un démantèlement progressif des programmes de dépistage de masse d'un bout à l'autre du pays.

Après une carrière bien remplie comme chirurgien, professeur, chercheur et administrateur de la santé, le docteur [Charles Wright](#) est devenu conseiller en affaires médicales ainsi qu'en planification et évaluation de programmes à Toronto. Il est aussi expert-conseil auprès du site [EvidenceNetwork.ca](#). Jusqu'à tout récemment, il présidait le Conseil consultatif ontarien des technologies de la santé.

(février 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

The best health advice you'll get today?

Misinformation about breast cancer screening still a problem

ALAN CASSELS

I was about to call it a day when an email arrived with the following in the subject line: “The Best Health Advice You’ll Get Today.” That caught my attention.

I was curious. And I’m a sucker for free health advice. I’ve got more than just a passing interest in health advice, seeing as I spend much of my working hours examining the quality of evidence that underlies what people say about drugs, screening and other kinds of health treatments. So when someone wants to offer me the “best,” I sit up and pay attention.

I quickly learned this email was sent to me from the Canadian Breast Cancer Foundation as part of their monthly update. The email was essentially reminding me about how important breast cancer screening is and how often women should subject themselves to it.

“Mammograms save lives” read the headline. My heart sank. Not only is this headline unlikely to be true, it’s possibly dangerous. The headline followed with the statistic that “regular mammograms for women age 40 and over equal a 25 per cent reduction in the number of breast cancer-related deaths.”

Many scientists who have looked closely at the evidence have soundly questioned routine mammograms for healthy women (those with no extra risk factors for the disease), and particularly for younger women (those between ages 40-59) because of the very real problems of over diagnosis and over treatment. So why is an organization dedicated to this serious condition sending out such misinformation — and why now, I wondered? Because, as the email says: “There appears to be much information of late in popular media about who should go



[for screening] and how often.”

In other words, perhaps they felt it was time to counter what the scientists were saying. It was three years ago in the *Canadian Medical Association Journal* when Danish screening expert Dr. Peter Gotzsche asked a provocative question: Which country was going to be the first one to stop mammography? He was also the lead author of a [Cochrane Review](#) of mammography which included seven trials involving 600,000 women between 39 to 74 years randomly assigned to receive screening mammograms or not and found that the screening did not reduce breast cancer deaths.

Then this February, a 25-year study by [Cornelia Baines and Anthony Miller](#) at the Dalla Lana School of Public Health in Toronto added weight to that assessment, finding that annual breast cancer screening of women age 40 and 59 does not reduce breast cancer death rates compared to regular physical examination or usual care. This message got a fair bit of media play because it was, after all, a Canadian study and one of the biggest and highest quality studies ever done on breast cancer screening.

This research is adding up to what I would call a wholesale re-questioning of the need for mammography based on the fact that the overall benefits seem to be vanishingly small and the harms — including unnecessary cancer scares, biopsies and surgeries — considerable.

Maybe the folks down at the Canadian Breast Cancer Foundation didn’t get the memo?

Just two weeks ago, an article from the *New England Journal of Medicine* was published suggesting that Switzerland might be the first nation in the world to dismantle its breast cancer screening program for women of average risk. In a report prepared by the [Swiss Medical Board](#) (a group that assesses medical technology), the authors wrote that mammography screening of women between 50 and 69 may prevent one breast cancer death out of a 1,000 screened women, but that there was no proof that screening programs affect overall deaths. In other words, echoing the work of scientists like Baines, Miller and Gotzsche, the mantra that “Mammography Saves Lives” is simply not true for most women.

The authors of that recent *New England* article concluded by saying: “It is easy to promote mammography screening if the majority of women believe that it prevents or reduces the risk of getting breast cancer and saves many lives through early detection of aggressive tumours. We would be in favour of mammography screening if these beliefs were valid. Unfortunately, they are not, and we believe that women need to be told so.”

But what do Canadians get instead?

The Canadian Breast Cancer Foundation saying that we should ignore the science, as they dish out the “Best Health Advice” via an email on a Friday afternoon.

Mammography seems to be at the heart of an agenda and a belief system which goes

counter to providing women with the “best advice,” which is clear, unbiased information promoting a message based on science, not propaganda.

Alan Cassels is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a pharmaceutical policy researcher and the author of Seeking Sickness: Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease, which has an entire chapter devoted to the breast cancer screening debate.

(May 2014)

A version of this commentary appeared in the *Huffington Post*, the *Victoria Times Colonist* and *Ottawa Life*.

Most medications prescribed to children have not been adequately studied

Canada falling behind other countries on drug safety for children

MARTIN OFFRINGA AND TERRY P. KLASSEN

The development of new therapies has provided our health care system with enormous advances, such as insulin for diabetes, antibiotics for infections or chemotherapy for many cancers. Yet these therapies may also cause potential harm, even death, so the benefits have to be carefully weighed against the risks.

But how do you strike a balance when treating children with drugs in the absence of such evidence? Most people might be surprised to learn that much of the medications given to children in Canada have never been adequately studied or even formally approved for the conditions they are commonly prescribed to treat.

Pediatricians in our country face this dilemma every day. Sometimes we end up using medications for our young patients even when we have no evidence whether a child will benefit from the treatment. In other cases, we may not use medication that could benefit a child because studies have not been done to demonstrate this. And sometimes it is necessary to prescribe medications for serious medical conditions where the potential risks for children are not yet known.

Yet when things go badly, such as the recent baby deaths from a mom nursing her baby while taking codeine, there is — understandably — a public outcry that such tragedies should never happen. We know that ADHD medication is one of the fastest growing drug categories for children. Yet the *Toronto Star* has reported as many as 600 serious, sometimes fatal side effects caused by ADHD medication in the past 10 years.

How can doctors continue to prescribe or deny medications to children without know-



ing the possible consequences first? Such is the current situation in Canada.

Sadly, we are trailing our global neighbours on the issue of drug safety and efficacy for children. Other countries have recognized this serious risk to children and invested in national research networks that are providing the much needed evidence to fill the current knowledge gap. The United Kingdom has the most marked example, when in 2006 they created the Medicines for Children Research Network by making a significant investment and commitment to children's health. The effect has been spectacular: the number of studies into the safety and efficacy of medicines for children has doubled to 300 studies in a two-year time span.

In Europe and the United States, legislative changes have incentivized the undertaking of studies specific to children's health treatments. Yet much work still has to be done to move away from the current situation where children commonly receive medicines not geared for their needs.

The problem has been recognized by experts in Canada as well, and there may be a light in the distance. Health Canada has commissioned a report to be released in September of this year on *Therapeutic Products in Children*, undertaken by the Council of Canadian Academies. This report will examine the best methods for establishing the safety and effectiveness of new therapeutic products in children. It will also examine Canada's position in the context of other developments around the globe.

The report will just be the first step in a series of necessary actions.

The Harper government has made it clear that mothers and children are a priority for this government and so it has a unique opportunity to invest in evidence, best practices and improved regulations to better the health of our children. Such an investment by the federal government in children's health in Canada will result in significant knowledge being created — and new investment being drawn to Canada.

Why? We know from the U.K. experience that investing in a network infrastructure for doing clinical research will draw in investment both from the pharmaceutical industry and publicly funded research. Implementing the results of all of this work into the daily practice of health care providers will result in better health outcomes for sick children.

Canada is uniquely positioned to make best use of this investment through collaborative disease specific networks that have already been established. There is also unparalleled cooperation and coordination among various organizations that have as their chief mandate the health of children.

With an investment now, Canada could leap from last to first: to leading the world in creating new knowledge about therapeutic products used by our children and youth.

Martin Offringa is a professor of pediatrics at the University of Toronto, a practicing neonatologist and a senior scientist in Child Health Evaluative Sciences at The Hospital for Sick Children.

Terry P. Klassen is an advisor with EvidenceNetwork.ca, a pediatric emergency physician and clinical epidemiologist who is currently the CEO and scientific director of the Manitoba Institute of Child Health. He was the founding chair of Pediatric Emergency Research of Canada.

Both authors serve, with many others, as experts on the Council of Canadian Academies committee that looks into Therapeutic Products in Children.

(May 2014)

A version of this commentary appeared in the Globe and Mail, the Huffington Post and the Hamilton Spectator.

La plupart des médicaments prescrits aux enfants n'ont pas fait l'objet d'études suffisantes pour en établir l'innocuité

Le Canada en retard sur d'autres pays

MARTIN OFFRINGA ET TERRY P. KLASSEN

La mise au point de nouvelles thérapies aura permis à notre système de santé de faire d'énormes progrès : en témoignent l'insuline pour contrôler le diabète, les antibiotiques pour lutter contre les infections, la chimiothérapie contre le cancer. Toutefois, ces traitements peuvent aussi provoquer des effets nocifs, voire la mort, si bien qu'il faut en soupeser les avantages et les risques.

Mais comment faire pour prendre une décision éclairée en l'absence de données probantes, lorsqu'on soigne des enfants? La plupart des gens seraient en effet étonnés d'apprendre qu'au Canada, bon nombre des médicaments administrés aux enfants n'ont pas fait l'objet d'études suffisantes ni reçu d'approbation formelle pour les maladies pour lesquelles on les prescrit couramment.

C'est un dilemme quotidien pour les pédiatres canadiens. Nous finissons parfois par prescrire un traitement à un jeune patient sans savoir précisément s'il lui sera bénéfique. À l'inverse, il arrive que nous nous abstenions d'administrer un médicament susceptible de l'être parce qu'il n'a fait l'objet d'aucune étude le démontrant. Dans les cas de maladies graves, il est parfois nécessaire de recourir à un traitement sans en connaître les risques éventuels pour l'enfant.

Quand les choses se passent mal, comme ce fut le cas récemment lorsque des bébés nourris au sein sont morts parce que leur mère prenait de la codéine, l'indignation a été générale, et avec raison. Pareilles tragédies ne devraient jamais se produire. Nous savons que la catégorie de médicaments pour enfants qui connaît aujourd'hui la plus



grande croissance concerne le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Or le *Toronto Star* a rapporté au cours des 10 dernières années au moins 600 incidents graves associés aux effets secondaires causés par ce type de produit, qui ont été fatals dans certains cas.

Comment un médecin peut-il continuer à prescrire ou à refuser de prescrire un médicament à un enfant sans en connaître d'abord les répercussions possibles? Pourtant, telle est la situation aujourd'hui au Canada.

Malheureusement, notre pays est à la traîne dans le dossier de la sécurité et de l'efficacité des médicaments pour enfants. D'autres pays ont reconnu le risque sérieux qu'ils posent et ont investi dans des réseaux scientifiques qui s'emploient à combler les lacunes en matière de données et de connaissances. Le Royaume-Uni en est l'exemple le plus probant : en 2006, il a établi le Medicines for Children Research Network en le dotant de fonds conséquents, affirmant ainsi sa volonté de protéger la santé des enfants. Les retombées sont spectaculaires : en deux ans, le nombre d'études sur la sécurité et l'efficacité des médicaments pour enfants a doublé, pour atteindre les 300.

En Europe et aux États-Unis, des changements législatifs ont fourni un incitatif à la réalisation d'études qui s'intéressent en particulier aux traitements destinés aux enfants. Il reste toutefois beaucoup de travail à faire pour corriger la situation, puisque les enfants se voient encore prescrire couramment des médicaments mal adaptés à leurs besoins.

Au Canada, les spécialistes admettent eux aussi l'existence du problème et on voit peut être poindre à l'horizon une lueur d'espoir. En effet, Santé Canada a commandé au Conseil des académies canadiennes un rapport sur les produits thérapeutiques pour enfants, qui devrait être publié en septembre prochain. Il traitera des méthodes à préconiser pour déterminer la sécurité et l'efficacité des nouveaux traitements destinés aux enfants. Il analysera aussi la position du Canada par rapport à ce qui se fait ailleurs dans le monde.

Ce rapport ne représente que la première étape d'une série de mesures nécessaires.

Le gouvernement Harper a exprimé clairement sa volonté de considérer les mères et les enfants comme une priorité. Il se voit aujourd'hui offrir une occasion unique d'améliorer la santé de nos enfants. En effet, un investissement dans la collecte de données, les pratiques exemplaires et l'amélioration des règlements se traduira par la production de connaissances indispensables — tout en attirant des investissements étrangers.

La preuve? L'expérience du Royaume-Uni démontre que le fait d'investir dans réseau d'infrastructures dédié à la recherche clinique pousse l'industrie pharmaceutique et les établissements publics à caractère scientifique à s'investir à leur tour. Par la suite, les résultats découlant de tout le travail accompli sont mis en pratique par les prestataires de santé dans le cadre de leurs interventions quotidiennes, conduisant ainsi à l'amélioration des résultats de santé chez les enfants malades.

Le Canada occupe une position avantageuse qui devrait lui permettre de bien rentabiliser son investissement, puisqu'on y trouve déjà des réseaux de collaboration dédiés à la recherche sur différentes maladies. De plus, les organisations ayant pour vocation première de veiller à la santé des enfants entretiennent déjà des rapports de collaboration et de coordination exceptionnels.

En investissant dès aujourd'hui, le Canada pourrait sauter du dernier au premier rang et devenir le chef de file mondial de la recherche sur les produits thérapeutiques destinés aux enfants et aux adolescents.

Martin Offringa est professeur de pédiatrie à l'Université de Toronto, néonatalogiste et chercheur principal en sciences de la santé de l'enfant au Hospital for Sick Children.

Terry P. Klassen est conseiller auprès du site EvidenceNetwork.ca, pédiatre urgentiste et épidémiologiste clinique. Il est président-directeur général et directeur scientifique du Manitoba Institute of Child Health, ainsi que président fondateur du Groupe de recherche en urgence pédiatrique du Canada.

Les deux auteurs siègent parmi de nombreux autres experts au sein du comité chargé de l'étude sur les produits thérapeutiques pour enfants menée par le Conseil des académies canadiennes.

(mai 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Now there's proof for the “Angelina Jolie Effect”

Breast cancer screening for rare genetic mutations doubles

ALAN CASSELS

Up to this point, it had only been a hypothesis: that celebrity firepower can definitively drive consumer health behaviour in a certain direction. The case here concerns whether women wish to embark on a genetic hunting expedition to see if they are at “high risk” of developing a particular disease such as breast cancer, and the motivator in this case is Angelina Jolie.

The actress underwent genetic testing for mutations related to genetic abnormalities (BRCA1 or BRCA2 genes), which increases a woman's risk of developing breast cancer. Coming from a family with a history of breast cancer, Jolie was considered to be in the “higher risk” category than average and she was likely among the small numbers of women who would benefit from such testing.

Later, after hearing she carried the mutations, Jolie went ahead with a double mastectomy — a full surgical removal of both breasts. Not only did this generate a lot of media attention — including her own opinion piece in the *New York Times* — but it also drove a lot of women to get tested.

Last week, researchers at Toronto's Sunnybrook Hospital presented a [study](#) at the American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Symposium

looking at the “Angelina Jolie Effect.” The researchers compared the number of referrals for genetic counselling made six months before and after Jolie's story came out, and those who were qualified for genetic testing for the BRCA gene mutation. Their results showed that the referrals almost double and the number of those who qualified for genetic testing more than doubled.



This is a good news story for a few reasons. It confirmed that low-risk women were not bugging their doctors unnecessarily.

What we expected from the publicity around Angelina Jolie's story was that many women, fearful of their breast cancer risk (yet at low risk themselves), would be flooding their doctors' offices asking for the genetic test. In fact, predicting this, the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), an independent group of scientists making recommendations on medical screening, issued a warning last year saying that BRCA testing to find gene mutations associated with breast cancer should not be sought by women at low risk and unlikely to benefit.

Telling women not to seek routine genetic counselling or testing is undoubtedly controversial.

Certainly women are driven to ask about genetic testing given a strong fear of breast cancer and a strong belief that early testing saves lives, but USPSTF feared many of the new customers lining up for the test would be classified as the "worried well" who would be unlikely to carry the rare genetic mutation and hence would receive no benefit from being screened. Obviously for those low-risk women, the prophylactic removal of one's breasts is an extreme measure that carries risks in itself.

There have been other times when public health authorities have taken note of health advice coming from celebrities. The term "Katie Couric Effect" was coined, referring to the public impact of her having a colonoscopy performed live on the *Today Show*. Bringing high-powered attention to any kind of cancer screening is certainly one way to get people off the couch and heading to their doctors to do something they would not otherwise do.

At the end of the day, people seeking screening of any kind, whether it is for breast, lung or prostate cancers or signs of heart disease, should have a frank discussion with their doctors of what their risk is likely to be given their unique family and disease history. If it is considered "high," then your chances of benefiting from screening are also higher than if you are at low or moderate risk to start with.

In the case of those who are likely to carry the genetic anomalies leading to increased breast cancer risk, somewhere between two and three in 1,000 women will carry the same genetic anomalies as Angelina Jolie — and if a high number of those carrying the gene seek screening, that's a good thing.

But at the same time, we shouldn't be too dazzled by celebrity magnetism and dive into screening for the sake of screening. Screening of any kind carries risks of false positives (being told you have a disease when you don't) and false negatives (being told you are disease-free when you're not).

The teaching mantra from Angelina Jolie's story should not be "the early bird gets the

worm,” but rather, get informed and “look before you leap...”

Alan Cassels is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a health policy researcher at the University of Victoria, B.C. and the author of Seeking Sickness: Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease.

(September 2014)

A version of this commentary appeared in *iPolitics.ca*, the *Huffington Post* and *Epoch Times*.

L'effet « Angelina Jolie » est maintenant confirmé

ALAN CASSELS

Jusqu'à présent, l'affirmation selon laquelle les comportements des vedettes en matière de santé influencent sur les comportements des consommateurs n'était qu'une hypothèse. Dans ce cas, la question était de savoir si les femmes étaient prêtes à se lancer dans une chasse aux gènes pour vérifier si elles risquaient fortement d'être frappées d'une maladie particulière, comme le cancer du sein, l'élément de motivation étant Angelina Jolie.

L'actrice a subi un test génétique pour détecter la présence de mutations liées à des anomalies génétiques (gènes BRCA1 et BRCA2) qui augmentent chez les femmes le risque de cancer du sein. Venant d'une famille aux antécédents médicaux marqués par le cancer du sein, Mme Jolie était considérée comme étant dans une catégorie « à risque plus élevé » et probablement dans un petit nombre de femmes qui pouvaient bénéficier d'un tel test.

Après avoir appris qu'elle était porteuse des mutations, Mme Jolie a décidé d'aller de l'avant et de subir une double mastectomie, c'est-à-dire une ablation chirurgicale complète des deux seins. Ce geste a non seulement suscité beaucoup d'attention de la part des médias, entre autres celle du *New York Times* qui a publié son article d'opinion, il a aussi poussé nombre de femmes à demander un test de dépistage.

La semaine dernière, des chercheurs de l'hôpital Sunnybrook à Toronto ont présenté une **étude** au symposium sur le cancer du sein de l'American Society of Clinical Oncology [société américaine d'oncologie clinique] qui se penche sur « l'effet Angelina Jolie ». Les chercheurs ont comparé le nombre d'ordonnances médicales émises pour des consultations génétiques dans les six mois précédant et les six mois suivant la diffusion de la démarche de Mme Jolie, et le nombre de femmes qui répondaient aux critères indiquant qu'elles devaient subir un test pour dépister le gène



mutant BRCA. Les résultats ont indiqué que le nombre d'aiguillages avait presque doublé et que le nombre de femmes qui répondaient aux critères indiquant la pertinence d'un test génétique avait plus que doublé.

Il s'agit donc d'une bonne nouvelle, et ce pour plusieurs raisons. Les chiffres confirment que les femmes à faible risque ne consultent pas leur médecin inutilement.

À la suite de la publicité entourant la démarche de Mme Jolie, nous nous attendions à ce que nombre de femmes se précipitent chez leur médecin pour réclamer un test génétique, par peur d'être à risque de cancer du sein (tout en ne l'étant pas). En fait, prévoyant une ruée, le U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) [groupe de travail sur les services préventifs aux É.-U.], un groupe de scientifiques indépendant qui émet des recommandations en matière de dépistage, a émis un avertissement l'an dernier précisant que les femmes à faible risque ou qui ne bénéficieraient probablement pas d'un test BRCA pour détecter des mutations génétiques associées au cancer du sein ne devraient pas solliciter un tel service.

Une consigne invitant les femmes à ne pas demander une consultation ou un test de dépistage génétique d'usage soulève, certes, la controverse.

Chose certaine, les femmes sont poussées à rechercher de l'information sur le dépistage génétique, vu la grande peur que suscite le cancer du sein et vu la conviction qu'un dépistage précoce sauve des vies. Par ailleurs, le USPSTF craignait que les femmes qui se précipiteraient dans la file pour subir le test seraient des « inquiètes asymptomatiques » qui ne porteraient probablement pas le gène mutant et pour qui la procédure ne serait d'aucun bienfait. De toute évidence, chez les femmes à faible risque, l'ablation prophylactique d'un sein est une mesure extrême qui comprend des risques en soi.

Il y a eu également d'autres cas où les autorités de santé publique ont noté les propos et agissements des vedettes en matière de santé. Le terme « effet Katie Couric » a été créé pour décrire l'impact que celle-ci a produit sur le public en subissant une coloscopie en direct à l'émission Today Show. Le fait de braquer les projecteurs sur le dépistage de toute forme de cancer est une façon efficace de faire bouger les gens et de les amener à consulter leur médecin et à passer à l'action.

En fin de compte, les gens qui veulent se soumettre à un dépistage, que ce soit pour le cancer du sein, du poumon, de la prostate ou pour les maladies du cœur, doivent avoir une franche discussion avec leur médecin pour connaître la catégorie de risque à laquelle ils appartiennent, selon leurs antécédents familiaux et médicaux. Si vous faites partie de la catégorie à risque « élevé », alors il est probable que les bienfaits d'un dépistage seront aussi élevés, ce qui n'est pas le cas si vous êtes dans la catégorie à risque faible ou modéré.

Si les femmes à risque de porter des anomalies génétiques pouvant mener au cancer du sein demandent à subir le test (deux à trois femmes sur mille ont les mêmes anomalies

génétiques qu'Angelina Jolie), si un plus grand nombre de femmes de cette catégorie en font la demande, nous pouvons parler d'effets positifs.

Toutefois, nous ne devrions pas nous laisser éblouir par les agissements des vedettes et nous précipiter sur des services de dépistage par engouement. Toute forme de dépistage comporte des risques ou peut donner de faux résultats positifs (on vous dit que vous êtes atteint de la maladie alors que vous ne l'êtes pas) et de faux résultats négatifs (on vous dit que vous n'êtes pas atteint de la maladie alors que vous l'êtes).

L'enseignement à tirer de l'histoire d'Angelina Jolie n'est pas « vaut mieux prévenir que guérir » mais plutôt « ne vous lancez pas à l'aveuglette... »

*Alan Cassels est expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca, chercheur en politiques de la santé à l'Université de Victoria, en C.-B., et l'auteur de *Seeking Sickness: Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease*.*

(septembre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *L'Aut'Journal* et *Le Huffington Post Québec*.

Chapter 6: Pharmaceutical Policy

New Brunswick Drug Plan has great potential

STEVE MORGAN

The Alward government has just adopted pharmacare reforms that have great potential to do good — and great potential to cost New Brunswickers far more than it should.

The New Brunswick Drug Plan bears little resemblance to catastrophic drug plans in other provinces. That is a good thing.

All models of “catastrophic” drug coverage found across the country involve high deductibles — amounts of money that patients must pay themselves for the prescriptions they need before public subsidies kick in to cover further prescription costs. These deductibles are set at a percentage of household income, ranging from three per cent of income in some provinces to a staggering 10 per cent in others.

Drug plans with such high deductibles fail to achieve three of the most important goals for public drug coverage policy.

First, they do little to promote access to necessary medicines.

Only patients with extreme needs for medications receive coverage under catastrophic drug programs. And those that do must wait until they’ve filled many prescriptions before the system assists them. Research has shown that many patients faced with this option will choose not to fill their prescriptions because of cost.

The New Brunswick Drug Plan avoids this problem by providing coverage without deductibles. This means more people will be able to afford the drugs they need which will save the health care system money. It’s simple logic: when more patients can afford to fill (appropriately prescribed) prescriptions designed to keep them out of hospitals, more patients stay out of hospitals.

Second, high-deductible catastrophic drug plans provide little protection against the



high cost of medicines. In fact, annual deductibles are tantamount to taxes on poor health. The chronically ill pay their deductibles every year, whether they want to or not. Healthy people don't face such costs at all.

New Brunswick is tackling this too by essentially forcing everyone to participate in the drug plan. However, although it will be universal, the New Brunswick Drug Plan is supposed to be financed just like "insurance" — with premiums. This is a problem.

The government has yet to announce how premiums will vary with income once mandatory participation in the plan begins in 2015, but any student of economics can tell you that collecting premiums is administratively costly and regressive. In comparison to tax financed health care — like Medicare — premium financed drug benefits will essentially be a hand-out to the rich because the premiums force lower income people to pay a much higher share of income toward the system.

The third major shortcoming of traditional catastrophic drug plans is that they limit the capacity to control pharmaceutical costs. High-deductible programs make the public plan the "payer of last resort," which reduces government's purchasing power and subsidizes inefficient private drug benefit plans.

Unfortunately, the New Brunswick Drug Plan does not change this. Instead, it requires employers and unions to use high-cost private drug plans rather than brining everyone in the province together into a much more efficient public plan.

Quebec's experience with a system similar to the New Brunswick Drug Plan shows private drug plans will attract employment groups comprised of relatively wealthy, healthy, and therefore, low-cost clients. Even worse, systems that make private drug coverage mandatory create little incentive or capacity to control the cost of drugs prescribed. Instead, private plans simply pass annual fee increases onto employers and unions.

The inefficiency of a multi-payer system costs citizens of Quebec hundreds of millions of dollars every year. Such a system will cost New Brunswick millions every year as well.

It is not too late to change this because the new law gives employers and unions a year to opt out of private coverage. Unions and employers across New Brunswick could therefore agree to dismantle all private drug plans in exchange for slight salary increases sufficient to cover the costs of participating in the public plan starting in 2015.

This would benefit employers by dramatically reducing the current and future cost of extended health benefits that they are not well positioned to manage in the first place. It could even create a labour market advantage by reducing the cost of employing people in New Brunswick as opposed to Quebec or elsewhere in Canada.

The only strong opponents to a universal public plan are companies that sell insurance or prescription drugs. Their opposition to universal public drug coverage should tell

you something. They stand to make millions more in New Brunswick if the province goes ahead with a private-public mix of insurance coverage.

Steve Morgan is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a professor in the School of Population and Public Health and incoming director of the Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

(December 2013)

A version of this commentary appeared in the *New Brunswick Telegraph Journal*, the *Huffington Post* and the *Halifax Chronicle Herald*.

Prescription drug spending flat, but not for long

STEVE MORGAN AND KATE SMOLINA

Canadians spent almost \$23 billion on prescription drugs at retail pharmacies in 2012–13 — or over \$650 per capita, according to the findings from the [Canadian Rx Atlas](#) published by the UBC Centre for Health Services and Policy Research. That is a lot of money. However, after adjusting for general inflation, spending per capita actually fell over the past five years — despite the fact that the population is getting older.

The size of the fall in spending per capita was not large (about one per cent) but the finding is significant. Inflation-adjusted spending per capita on prescription drugs in Canada has not declined over any five-year period since World War II.

As impressive as it is, the slow-down in total spending on prescriptions in Canada masks dramatic changes in the pharmaceutical sector. Beneath the calm surface lies a rapid decline in spending on widely used medicines to treat relatively common conditions, and even more dramatic increases in spending on medicines used by relatively few people who suffer from serious conditions.

Five years ago, almost \$9 billion — 40 per cent of all retail spending on prescription drugs — was spent on drugs to treat high blood pressure, high cholesterol, heartburn and depression. Although these treatments only cost about \$1 per day, they are so commonly used they have been the dominant drivers of pharmaceutical costs since the 1980s and 1990s.

These drugs continue to be used frequently; however, patents on many brands of these drugs expired over the past five years and few newly-patented brands have entered the market. Thus, largely because of increased availability and use of lower-cost generics, annual spending on these previously-dominant drug classes fell by \$2 billion over five



years.

That is good news if you are an uninsured patient, a company providing employees drug coverage, or a government running a public drug plan. But the budgetary relief that comes from the “genericization” of drug classes to treat common conditions won’t last long for two reasons.

First, most blockbuster drugs in these classes have lost their patents. There will simply be fewer opportunities to control drug spending by switching to new generic entries on the horizon.

Second, the pharmaceutical industry has already found a new revenue model. Whereas the industry’s business model was historically focused on developing drugs to be prescribed in large numbers for common conditions, future revenue growth in developed countries like Canada lies primarily in treatments for less common but more serious conditions.

Indeed, data in our Rx Atlas show that spending on specialty drugs to treat conditions such as cancer, HIV and multiple sclerosis has increased dramatically. The fastest growth occurred for immunosuppressants to treat inflammatory conditions such as rheumatoid arthritis and psoriasis, where spending grew by nearly \$1 billion over the past five years.

Far fewer prescriptions are filled for these specialty drugs than for the blockbuster drugs of the recent past. But the prices of the new treatments are staggering. The average cost per prescription for drugs to treat inflammatory conditions was over \$2,000 last year. Many new drugs now cost over \$5,000 per prescription.

Over a third of drugs currently in development by the pharmaceutical industry are specialty drugs. Thus, “niche” components of drug spending will likely be significant cost drivers for the foreseeable future.

Many of the specialty drugs in the R&D pipeline, like the ones that drove recent spending in Canada, are biologics. Being the products of biological, not chemical, production processes, some of the regulatory and policy tools in place for traditional pharmaceuticals do not readily apply to biologic drugs. Notably, whereas policy-makers have over 40 years of experience encouraging the production of generic versions of chemical drugs, they have far less experience doing the same for biologics.

The trend toward high-cost, specialty drugs is a global one. But it will require domestic policy responses. Pharmacare policy will need to be revisited to ensure equitable access when truly effective treatments come available. Furthermore, tough but fair drug pricing policy will need to be established to place reasonable constraints on prices charged to treat patients with serious health needs.

One thing that seems certain is that the current lull in drug spending in Canada will be

short-lived. For it will be several years before generic competition brings the costs of specialty drugs down the way it has recently done for the blockbuster drugs of yesteryear.

Steve Morgan, PhD is a professor in the School of Population and Public Health and incoming Director of the Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. Kate Smolina, PhD is a postdoctoral fellow in pharmacoepidemiology and pharmaceutical policy at the Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

(December 2013)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, *Huffington Post* and the *Penticton Herald*.

Canadians need to know more about the drugs we are taking

Health Canada's transparency initiative not very transparent

ROOJIN HABIBI AND JOEL LEXCHIN

Why is Health Canada only letting doctors and the public know part of the story about the safety and effectiveness of new pharmaceutical drugs? Inadequate information can be as dangerous as misinformation. Here's how.

We published a [study](#) March 20, 2014 in the journal *PLoS One* that examines how well Health Canada informs the public about the effectiveness and safety of new drugs and why they were approved. The results are not comforting.

Normally, when a drug company seeks to market a new drug in Canada, it submits information about safety and effectiveness from clinical trials solely to Health Canada. If Health Canada agrees to allow the drug on the market, all of that information is considered commercially confidential and unavailable for public scrutiny — unless the company chooses to publish a specific study, thus making it public.

If the drug data is not published, Canadians would need to make a formal Access to Information request to access it, but this request may or may not be granted depending on the whim of the company owning the data.

The transparency of Health Canada's drug review process has been scrutinized in the past — and found wanting — most

recently by the Auditor General of Canada who concluded that it “did not fulfill long-standing commitments to increase the transparency of authorized clinical trials.”

Health Canada has piloted the “Summary Basis of Decision” project in response to these criticisms — an on-going effort in place since 2004. The aim of this project is to, in the words of Health Canada, ensure that “Canadian health care professionals and



patients will have more information at their disposal to support informed treatment choices.”

Summary Basis of Decision documents are supposed to summarize the clinical trial information that was considered by Health Canada prior to approving a new drug — and make it available to doctors and the public to enable evidence-informed decision-making. This should be a step in the right direction.

Unfortunately, this is not what our study found.

We analyzed documents from the first phase of the Summary Basis of Decision project. Overwhelmingly, we found these documents to be riddled with inconsistency and ambiguity, and missing key information about the safety and effectiveness of drugs.

Looking at these documents, doctors would not be able to tell if the patients taking part in the clinical trials were similar to the ones that they see in their offices. For example, the majority of the documents did not reveal the age of patients in the trials examined, nor the number of men and women. Over 97 per cent of documents did not give complete information about how many people withdrew from the trials and significant information about the results of the trials was missing from over two thirds of the documents.

Knowledge about safety and effectiveness informs the list of drugs that make it onto provincial drug formularies. It helps bring to fruition highly useful syntheses of evidence answering some of medicine’s most pressing questions regarding therapeutic options.

Take the Vioxx (rofecoxib) scandal, for example, where tens of thousands of people died from taking a Health Canada approved pain killer. It should serve as a vivid reminder that policies that thwart data transparency pose a very real threat to the health of patients.

Had all of the clinical trial data that was in Health Canada’s possession about Vioxx been publicly available, independent drug researchers may have been able to identify the safety problems with the drug at a much earlier stage.

We urge Health Canada to take a proactive stance in setting the record (or in this case, the evidence) straight, and publish in full the reports of clinical trials that it receives from sponsoring companies.

This certainly would not make Health Canada a trailblazer on the international scene; the United States Food and Drug Administration already publishes the full reports from its reviewers, and the European Medicines Agency is moving towards full disclosure of all information in trials by the end of 2014.

We support the voices of patients, health professionals, researchers, policy-makers and industry officials, who recognize that the proper and timely dissemination of clinical

trial information is not a matter of whim or inclination, but a debt long overdue to the public.

Roojin Habibi is an MSc candidate in McMaster University's Global Health program, and a research fellow at the Pharmaceutical Policy Research Collaboration (PPRC).

Joel Lexchin is an advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor in the School of Health Policy and Management at York University, an emergency physician at the University Health Network and an associate professor in the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto.

(March 2014)

A version of this commentary appeared in the *Toronto Star*, the *Huffington Post* and the *Hamilton Spectator*.

Le public canadien mérite d'en savoir plus sur les médicaments qui nous sont prescrits

L'initiative de transparence prise par Santé Canada n'est pas si transparente que ça

ROOJIN HABIBI ET JOEL LEXCHIN

Pourquoi Santé Canada ne dit pas tout aux médecins et au grand public sur la réalité de l'innocuité et de l'efficacité des nouveaux médicaments ?

Une information inadéquate est tout aussi dangereuse qu'une désinformation pour les raisons qui suivent.

Dans notre étude, parue récemment dans le journal *PLoS One*, nous avons examiné la façon dont Santé Canada informe le public en ce qui concerne l'efficacité et l'innocuité des nouveaux médicaments et la cause de leur autorisation. Nos conclusions sont inquiétantes.

Normalement, pour mettre sur le marché un nouveau médicament au Canada, la compagnie pharmaceutique doit soumettre tous les renseignements sur l'innocuité et l'efficacité du médicament obtenus à travers les résultats des essais cliniques.

Dans le cas où Santé Canada approuve la commercialisation du médicament, l'information sur les résultats cliniques est considérée comme une information confidentielle par la compagnie et n'est pas divulguée au public. Sauf si la compagnie pharmaceutique décide de la mettre à disposition du public.

Pour en savoir davantage sur les risques et bénéfices des nouveaux médicaments, le public doit espérer que les compagnies publient, de leur propre chef, les données de leurs essais cliniques. Si ces données ne sont pas rendues publiques, il reste à l'individu lui-même de faire une demande formelle d'accès à cette information auprès de Santé Canada afin d'en saisir le contenu. Or, ceci peut être accordée ou non selon les envies de la compagnie propriétaire de l'information.



Par le passé, Santé Canada s'est fait reprocher à plusieurs occasions son manque de transparence dans le processus d'autorisation des médicaments. Plus récemment en 2011, le rapport du Vérificateur Général du Canada concluait que « Santé Canada n'a pas respecté son engagement de longue date, à savoir améliorer la transparence des essais cliniques autorisés ».

En réponse à ces critiques, Santé Canada pilote depuis 2004 un projet de transparence dénommé « Sommaire des motifs de décision ». Le but de ce projet est selon la description de Santé Canada, de s'assurer que les professionnels et les patients de soins de santé canadiens aient plus d'informations à leur disposition pour soutenir de manière éclairée les choix de thérapeutiques.

Les sommaires des motifs de décision sont censés résumer l'information sur les essais cliniques qui a été examiné par Santé Canada avant d'approuver un nouveau médicament — et la mettre à la disposition des médecins et du public afin de permettre la prise de décisions sur des données probantes. Cela devrait être un pas dans la bonne direction.

Malheureusement, ce n'est pas ce que notre étude révèle.

Nous avons analysé les documents de la première phase du sommaire des motifs de projet de décision. Dans la majorité des cas, nous avons constaté que ces documents étaient criblés d'incohérences et d'ambiguïtés avec un manque d'informations clés sur la sécurité et l'efficacité des médicaments.

En lisant ces documents, les médecins ne seraient pas en mesure de dire si les patients qui ont participé aux essais cliniques sont similaires à ceux qu'ils voient dans leurs bureaux. Par exemple, la majorité des documents ne révèle pas l'âge des patients dans les essais examinés, ni le nombre d'hommes et de femmes. Plus de 97 pour cent des documents n'informe pas complètement sur le nombre de gens qui se sont retirés des essais. Aussi, des informations d'une grande importance sur les résultats des essais sont absentes dans plus de deux tiers des documents.

La connaissance sur la sécurité et l'efficacité éclaire le processus décisionnel qui déterminera la liste des médicaments couverts par les formulaires provinciaux. Cette information permet de mener à bien des synthèses extrêmement utiles pour répondre à quelques-unes des questions les plus pressantes de la médecine concernant les choix thérapeutiques.

Prenons par exemple le scandale Vioxx (rofécoxib), où des dizaines de milliers de personnes sont mortes pour avoir pris un analgésique approuvé par Santé Canada. Ce cas devrait nous rappeler que les politiques qui entravent la transparence des données constituent une véritable menace pour la santé des patients.

Si toutes les données des essais cliniques que possédaient Santé Canada avaient été

mises à la disposition du grand public, des chercheurs indépendants auraient peut-être été en mesure d'identifier à un stade plus précoce les problèmes de sécurité associés avec le médicament.

Nous suggérons à Santé Canada de prendre des mesures proactives pour rétablir les faits (ou dans ce cas, les preuves) et de publier entièrement les rapports d'études cliniques qui leur sont soumis par les compagnies partenaires.

Cela ne ferait certainement pas de Santé Canada un pionnier sur la scène internationale; déjà aux États-Unis, la Food and Drug Administration publie des rapports complets de ses évaluateurs. Quant à l'Agence européenne des médicaments, elle se dirige également vers la divulgation complète de toutes les informations concernant essais d'ici la fin de l'année 2014.

Nous joignons nos voix à ceux des nombreux autres patients, professionnels de santé, chercheurs, responsables politiques, et dirigeants de l'industrie, qui reconnaissent que la diffusion d'information sur les essais cliniques de façon adéquate et au moment opportun est un droit depuis trop longtemps refusé au grand public.

Roojin Habib est candidate en maîtrise dans le programme de santé mondiale de l'Université de McMaster, et chercheuse au sein du Consortium de recherche en politiques pharmaceutiques (CRPP).

Joel Lexchin est conseiller au projet EvidenceNetwork.ca, enseignant à l'Université York en politique de la santé et médecin urgentiste au Réseau universitaire de la santé (RUS).

(mars 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec* et *Le Soleil*.

How a national drug plan can boost the Canadian economy

MARC-ANDRÉ GAGNON

Canadians pay among the highest costs per capita among OECD countries for prescription drugs, with one Canadian out of 10 unable to fill their prescriptions because of financial reasons.

According to the recently released study “[A Roadmap to a Rational Pharmacare Policy in Canada](#),” commissioned by the Canadian Federation of Nurses Unions (CFNU), there are two main reasons why prescription drug costs are so expensive in Canada. First, we have a fragmented system with multiple public and private drug plans. In a fragmented system, attempts to reduce costs normally result in shifting the cost somewhere else in the system. Although provincial public plans have managed to significantly reduce drug costs since 2010 by reducing the price of generics and by negotiating confidential agreements with drug companies, there have been significant cost increases in private plans as drug companies and pharmacists seek compensation for their losses from public plans.

Second, according to the study, Canadians pay artificially inflated prices for both brand-name drugs and generics in order to support the national pharmaceutical sector. But this strategy has not delivered what was promised: namely, investment and employment in Canada. Studies show that paying higher prices for drugs does not result in a thriving pharmaceutical sector in the country. Numbers alone tell the story; employment in the Canadian brand-name pharmaceutical sector went from 22,332 employees in 2003 to 14,990 in 2012.

Instead of eliminating this failed strategy, the federal government’s plan appears to be to allow drug companies to increase drug costs further by permitting the extension of patents via a trade agreement with Europe. The presumption is that the Canadian pharmaceutical sector will thrive again, and more jobs for Canadians will be created. This



goes against all the evidence.

Around 60 per cent of Canadians are covered through private drug plans provided by their employer. The inability to contain drug costs in Canada has led to increased labour costs, making Canadian enterprises less competitive. The possibility of losing drug coverage also reduces labour mobility for employees.

Employee benefits now represent more than 10 per cent of gross payroll and drugs represent the highest single benefit cost component. According to a 2012 survey by the Conference Board of Canada, half of the employers questioned indicated that cost-containment of employee benefits was a “very important” issue on their radar, and 55 per cent considered that prescription drug coverage should be the focus of their next major strategic review.

Private health benefits in Canada are also tainted by the very high administration fees charged by for-profit Canadian insurance companies: one in every \$6 on average for private plans as compared to one in every \$50 for public plans. The disproportionate premiums paid by employers and employees to insurance companies end up favouring the financial sector to the detriment of the real economy.

Canada is the only country in the world with a Medicare system that excludes prescription drugs as if they are not part of the health care system. Yet the CFNU study demonstrates that if Canada implemented universal pharmacare for all Canadians without any out-of-pocket expenditures for patients, there would not only be greater access to prescription drugs for Canadians, but a potential savings up to \$11.4 billion every year by decreasing drug costs and reducing administration fees. These results would be achieved by all levels of government working together to contain costs instead of working against each other by shifting costs elsewhere in the system.

Such savings would represent not only a significant decrease in labour costs for Canadian employers, it would also increase net disposable income for all employees. It would have the same effect as a significant tax cut to help boost the economy, while providing better access to care and greater labour mobility.

A 2013 EKOS poll showed that 78 per cent of Canadians are in favour of establishing a universal pharmacare program in Canada. Our policy-makers have all the necessary tools to assume leadership on this issue. In spite of self-serving lobby groups who insist that the current system is working well and should not be reformed, establishing a national drug plan is the best thing to do for patients, for employers, for employees, for taxpayers and for the Canadian economy.

Marc-André Gagnon is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and assistant professor with the school of public policy and administration, Carleton University.

(August 2014)

A version of this commentary appeared in the *Toronto Star* and *National Newswatch*.

Comment un régime d'assurance-médicaments national relancerait l'économie canadienne

MARC-ANDRÉ GAGNON

Alors que le Canada figure parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont le coût par habitant en médicaments d'ordonnance est le plus élevé, un Canadien sur 10 est incapable de se procurer des médicaments d'ordonnance pour des raisons financières.

Selon une étude récente commandée par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers (FCSII), « [Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada](#), » il existe deux raisons principales pour lesquelles le coût des médicaments d'ordonnance est si élevé au Canada. Premièrement, notre système est divisé en plusieurs régimes d'assurance-médicaments publics et privés. Dans un tel système, les tentatives pour faire diminuer les coûts se soldent habituellement par un transfert des coûts ailleurs dans le système. Par exemple, bien que les régimes publics d'assurance-médicaments des provinces soient arrivés depuis 2010 à réduire considérablement leurs coûts en baissant le prix des génériques et en négociant des ententes confidentielles avec les sociétés pharmaceutiques, les régimes privés ont quant à eux vu leurs coûts augmenter de façon substantielle puisque les sociétés pharmaceutiques et les pharmaciens ont ajusté leurs prix à la hausse afin de compenser les pertes associées aux régimes publics.



Deuxièmement, selon l'étude de la FCSII, les Canadiens payent des prix artificiellement gonflés pour les médicaments de marque déposée et les médicaments génériques afin de soutenir le secteur pharmaceutique au pays. Cette stratégie n'a cependant pas eu les résultats escomptés, à savoir la création d'investissements et d'emplois. Plusieurs études

ont démontré que de payer les médicaments à prix fort ne se traduit pas en une industrie pharmaceutique nationale vigoureuse. Les chiffres seuls en disent long à ce propos : le nombre d'emplois dans le secteur canadien des produits pharmaceutiques de marque est passé de 22 332 en 2003 à 14 990 en 2012.

Or, plutôt que de renoncer à cette stratégie défailante, le gouvernement fédéral semble privilégier d'augmenter encore les coûts en médicaments en autorisant un prolongement de la durée des brevets dans le cadre d'un accord commercial avec l'Europe. L'hypothèse du gouvernement est que cette mesure entraînera une reprise du secteur pharmaceutique canadien et favorisera ainsi la création d'un plus grand nombre d'emplois au Canada; c'est simplement de la pensée magique puisque les données disent le contraire.

Environ 60 pour cent des Canadiens sont assurés auprès d'un régime d'assurance-médicaments privé fourni par leur employeur. Par conséquent, l'incapacité du Canada à restreindre le coût des médicaments mène à une augmentation des coûts de main-d'œuvre et provoque par le fait même une baisse de la compétitivité des entreprises canadiennes. Le risque de ne plus bénéficier d'une assurance-médicaments freine également la mobilité professionnelle des employés.

Actuellement, les avantages sociaux représentent plus de 10 pour cent du salaire brut, et l'élément le plus coûteux parmi ces avantages reste les médicaments. Selon une enquête réalisée en 2012 par le Conference Board of Canada, la moitié des employeurs interrogés ont indiqué que la limitation du coût des avantages sociaux est pour eux un enjeu « très important », et 55 pour cent ont dit estimer que l'assurance-médicaments devrait être au centre des préoccupations de leur prochaine révision stratégique.

Les régimes d'assurance privés sont en outre au Canada grevés par les frais d'administration extrêmement élevés qu'exigent les sociétés d'assurance à but lucratif canadiennes : ces frais représentent 1\$ sur 6\$ pour les régimes privés alors qu'ils représentent 1\$ sur 50\$ pour les régimes publics. Les primes démesurées que doivent payer les employeurs et les employés canadiens aux compagnies d'assurance ont ainsi pour effet de favoriser le secteur financier au détriment de l'économie réelle.

Le Canada est le seul pays au monde dont le régime d'assurance-maladie exclut les médicaments d'ordonnances comme s'ils ne faisaient pas partie du système de soins de santé. L'étude de la FCSII démontre cependant que, si le Canada mettait en place pour l'ensemble de sa population un régime universel d'assurance-médicaments sans frais pour les patients, s'ensuivrait non seulement un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance pour les Canadiens, mais également des économies éventuelles pouvant s'élever chaque année jusqu'à 11,4 milliards de dollars en raison d'une réduction du coût des médicaments et des frais d'administration. De tels résultats pourraient être atteints si tous les gouvernements et paliers de gouvernement du Canada décidaient d'unir leurs forces pour limiter les coûts plutôt que de travailler les uns contre les autres en cher-

chant à transférer les coûts ailleurs dans le système.

Ces économies représenteraient non seulement une diminution importante des coûts de la main-d'œuvre pour les employeurs canadiens, mais entraîneraient également une augmentation du revenu disponible net de tous les salariés. Elles auraient ainsi pour effet de relancer l'économie comme s'il s'agissait d'une baisse significative des impôts, tout en offrant un meilleur accès aux soins de santé et en favorisant la mobilité des travailleurs.

Un sondage mené par l'institut EKOS en 2013 indique que 78 pour cent des Canadiens sont en faveur de l'établissement d'un régime public universel d'assurance-médicaments au Canada. Nos décideurs disposent de tous les outils nécessaires pour prendre les devants concernant cet enjeu. Malgré ce qu'en disent les groupes de pression qui dans leur propre intérêt soutiennent que le système actuel est efficace et ne devrait pas être réformé, la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments national serait la meilleure chose à faire pour les patients, les employeurs, les employés, les contribuables et l'économie canadienne.

Marc-André Gagnon est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeur adjoint à la School of Public Policy and Administration de l'Université Carleton.

(août 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Canada slow to respond to prescription opioid crisis

DAVID JUURLINK

In my first career as a pharmacist, I worked in more than 30 pharmacies across Nova Scotia, filling more than 100,000 prescriptions between 1990 and 1995. Some of these were for strong painkillers called opioids — drugs like morphine and oxycodone, which are chemically and biologically very similar to heroin. Back then, these drugs were generally reserved for patients with acute, severe pain or pain due to cancer.

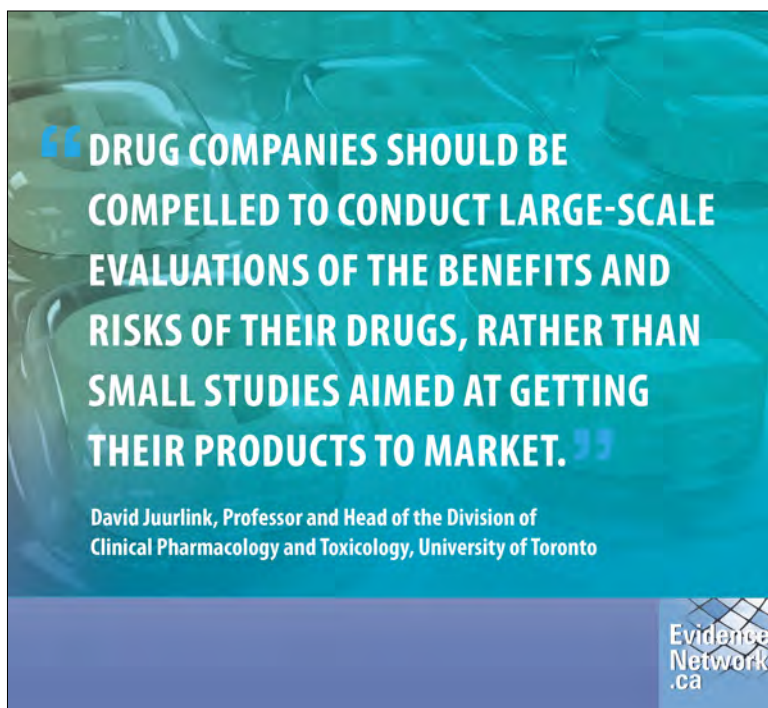
Twenty years into my second career as a physician, much has changed. In Ontario, about 10 people die accidentally from prescription opioids every week, often in the prime of life. Across Canada, overdose deaths have risen and addiction rates and demand for treatment have skyrocketed.

This happened because doctors began prescribing opioids more liberally for patients with chronic pain. Sometimes this leads to meaningful improvement, but frequently it does not. By the time failure is apparent, patients are often “opioid dependent,” meaning the body has come to expect the drug and will revolt violently if it is stopped. And so opioid treatment is continued — and doses escalated — in a dangerous, often futile search for relief.

We are now in a very difficult position. On one hand, we have millions of chronic pain patients seeking help, often in the form of a prescription. On the other, we have an epidemic of addiction and death. The false notion that opioids are safe, effective

treatments for chronic pain was inculcated by the companies that manufacture them, with self-styled “experts” preaching this gospel to front-line physicians. Incredibly, this happened in the absence of good evidence that the benefits of long-term opioid use outweigh the risks.

The United States and Canada have both declared prescription painkiller public health crises — in the U.S., about 17,000 people die each year from the drugs. But the coun-



tries have reacted very differently. In 2007, Purdue Pharma pleaded guilty in the United States for misleading doctors about OxyContin, a felony accompanied by a \$634 million fine. No similar action occurred in Canada.

In 2011, a major White House report acknowledged prescription drug abuse as the country's fastest growing drug problem, establishing goals and timelines for addressing it. The U.S. Centers for Disease Control and Prevention tracks opioid deaths and prescribing nationally, and describes how some states have managed to reduce prescribing.

In contrast, there is no national system of surveillance in Canada, and even the number of Canadians who die annually from opioids is unknown. The federal government recently handed responsibility for tackling the epidemic to the Canadian Centre for Substance Abuse, an inadequately resourced non-governmental organization funded primarily by Health Canada that also addresses the abuse of alcohol and illicit drugs. In 2013, an advisory council to the centre produced a 10-year strategy to combat the opioid crisis, but its 58 recommendations were not prioritized (as they surely should be), and are to be implemented by volunteers from other organizations.

In February, the federal government announced funding to address prescription drug abuse as part of the low profile National Anti-Drug Strategy, a group headed by the Department of Justice and historically undermined by restrictions on information sharing. These initiatives give the regrettable impression of being ornamental rather than substantive.

We now face a public health crisis of exceptional scale — an epidemic fueled by well-meaning doctors, expectant patients and corporate interests, and perpetuated by governmental inertia. While we await federal and provincial interventions of substance, some pragmatic solutions have already been suggested.

Doctors need better education, independent from the pharmaceutical industry, regarding pain and its treatment. We must start prescribing opioids more cautiously; otherwise, nothing will change. A national assessment of the toll exacted by opioids is long overdue. (How can we fix a problem we don't even measure?) Every doctor and pharmacist should have real-time access to a patient's full medication profile, as has been the case in British Columbia for almost two decades. Drug companies should be compelled to conduct large-scale evaluations of the benefits and risks of their drugs, rather than small studies aimed at getting their products to market. Patient and physician registries should be implemented for high-dose opioids, facilitating targeted interventions intended to maximize benefit and minimize harm.

Finally, we need better treatments for pain, including drugs that alleviate pain safely and effectively. This is a lofty long-term goal. Until then, we must collectively lower our expectations of what pills can do for patients with chronic pain. Unless that message sinks in and a measure of respect for opioids resurfaces, these drugs will continue to

cause immeasurable harm.

David Juurlink is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and Professor and Head of the Division of Clinical Pharmacology and Toxicology at the University of Toronto. You can follow him on Twitter at @davidjuurlink.

(August 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Victoria Times Colonist* and the *Windsor Star*.

Le Canada tarde à réagir à la crise des opioïdes d'ordonnance

DAVID JUURLINK

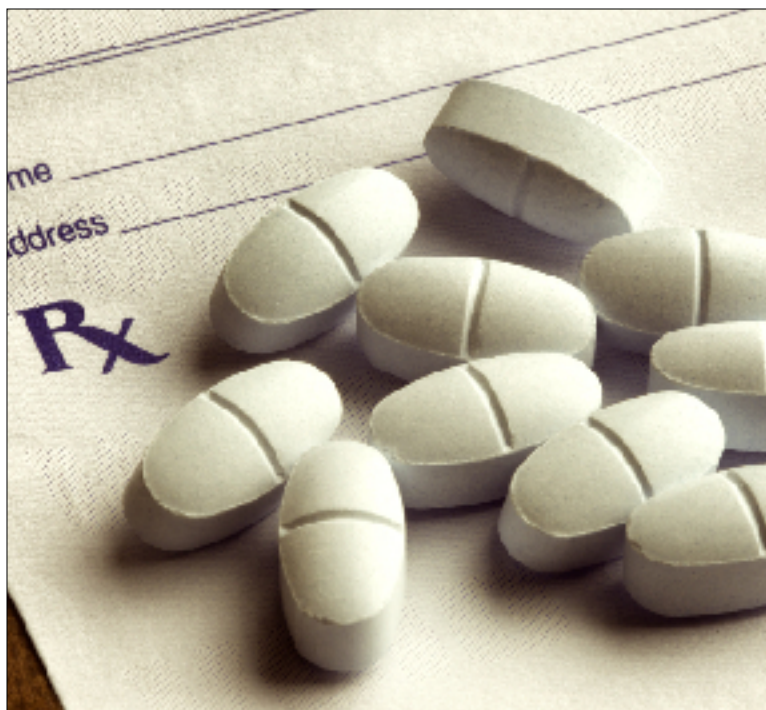
Au cours de ma première carrière comme pharmacien, j'ai travaillé dans plus de trente pharmacies en Nouvelle Écosse, exécutant plus de 100 000 ordonnances entre 1990 et 1995. Certaines étaient des ordonnances d'analgésiques puissants appelés opioïdes — des substances telles que la morphine et l'oxycodone, qui sont chimiquement et biologiquement très similaires à l'héroïne. À cette époque, ces médicaments étaient généralement réservés aux patients souffrant de douleurs aiguës, intenses ou liées au cancer.

Vingt ans après le début de ma deuxième carrière comme médecin, les choses ont beaucoup changé. En Ontario, environ 10 personnes meurent accidentellement chaque semaine après avoir pris des opioïdes d'ordonnance, des personnes qui souvent sont dans la force de l'âge. Dans tout le Canada, le nombre des décès par surdose a augmenté, tandis que le taux de dépendance et les demandes de traitement de la dépendance ont explosé.

Cette situation a pris forme parce que les médecins ont commencé à prescrire plus librement des opioïdes aux patients souffrant de douleur chronique. Ce type de traitement conduit parfois à une amélioration notable de l'état du patient, mais ce n'est pas toujours le cas. Or, lorsqu'un médecin constate qu'un traitement n'agit pas, le patient a souvent développé entre temps une « dépendance aux opioïdes », ce qui signifie que son corps

s'est accoutumé aux médicaments et qu'il réagira violemment s'il en est privé. On continue donc à le traiter à l'aide d'opioïdes avec des doses de plus en plus fortes, dans une quête dangereuse et souvent vaine pour obtenir un soulagement.

La situation est actuellement très délicate. D'une part, il y a des millions de patients souffrant de douleur chronique qui ont besoin d'une aide qui, généralement, se présente



sous la forme d'une ordonnance. D'autre part, il y a une épidémie de toxicomanie et de décès. L'idée fausse selon laquelle les opioïdes offrent un traitement sûr et efficace contre la douleur chronique vient des sociétés qui les fabriquent et de leurs pseudo-experts dépêchés auprès des médecins de première ligne pour leur chanter les louanges de ces médicaments.

Aussi incroyable que cela puisse paraître, les médecins ont accepté les boniments des fabricants en l'absence de données probantes montrant que les avantages à long terme des opioïdes l'emportent sur les risques.

Les États-Unis et le Canada ont tous deux déclaré une crise de santé publique en ce qui concerne les analgésiques sur ordonnance — aux États-Unis, on compte environ 17 000 décès attribuables à ces médicaments chaque année. Mais les deux pays ont réagi très différemment. Aux États-Unis, Purdue Pharma a plaidé coupable en 2007 à une accusation de tromperie pour avoir induit en erreur les médecins au sujet de l'OxyContin, un acte délictueux grave qui lui a valu une amende de 634\$ millions. Aucune poursuite semblable n'a été intentée au Canada.

En 2011, un important rapport de la Maison-Blanche révélait que l'abus de médicaments d'ordonnance était le problème de toxicomanie connaissant la plus forte croissance à l'échelle nationale et fixait des objectifs et un échéancier pour y remédier. Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis exercent depuis une surveillance dans l'ensemble du pays des prescriptions d'opioïdes et des décès liés à ces substances, et s'emploient à décrire comment certains États sont parvenus à réduire le nombre de prescriptions de ces médicaments.

Au Canada, en revanche, il n'existe aucun système de surveillance et on ignore même le nombre de Canadiens qui meurent chaque année des suites de la consommation d'opioïdes. Récemment, le gouvernement fédéral a remis la responsabilité de s'attaquer au problème entre les mains du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, une organisation non gouvernementale qui, financée principalement par Santé Canada, ne dispose pas des ressources suffisantes et qui en plus est responsable de la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues illicites. En 2013, un conseil consultatif du Centre a mis au point une stratégie de 10 ans pour lutter contre la crise des opioïdes, mais ses 58 recommandations n'ont pas été classées par ordre de priorité (comme elles devraient évidemment l'être) et leur mise en œuvre a été confiée à des bénévoles d'autres organisations.

En février, le gouvernement fédéral a annoncé l'octroi d'un financement pour lutter contre le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance dans le cadre de sa Stratégie nationale antidrogue, une initiative discrète relevant du ministère de la Justice et dont l'efficacité s'est révélée par le passé amoindrie par des restrictions touchant l'échange de renseignements. Ces mesures donnent ainsi la regrettable impression de n'être qu'ornementales et de n'avoir aucune réelle substance.

Nous faisons actuellement face à une crise de santé publique d'une ampleur exceptionnelle — une épidémie entretenue par des médecins bien intentionnés, des patients pleins d'espoir et des intérêts commerciaux, et perpétuée par l'inertie gouvernementale. Bien qu'une intervention concrète et importante de la part des gouvernements fédéral et provinciaux se fasse toujours attendre, certaines solutions pragmatiques ont déjà été proposées.

Il faut que les médecins reçoivent une meilleure formation, indépendante l'industrie pharmaceutique, concernant la douleur et son traitement. Nous devons commencer à prescrire des opioïdes de façon plus prudente; autrement, la situation ne changera pas. Une évaluation nationale des conséquences des opioïdes aurait dû être réalisée depuis longtemps. (Comment pouvons-nous régler un problème dont nous n'avons pas la mesure?) Tous les médecins et pharmaciens devraient avoir accès en temps réel au profil pharmaceutique complet des patients, comme c'est le cas en Colombie-Britannique depuis environ deux décennies. Les compagnies pharmaceutiques devraient être contraintes d'effectuer des évaluations à grande échelle des avantages et des risques associés à leurs médicaments, et non de petites études ayant pour objectif de faire en sorte que leurs produits soient commercialisés. Des registres des patients et des médecins devraient être constitués pour disposer de données sur les cas d'opioïdes prescrits à forte dose, ce qui aiderait à cibler les interventions visant à maximiser les avantages et à réduire au minimum les effets nuisibles.

Enfin, nous devons disposer de meilleurs traitements de la douleur, notamment de médicaments atténuant la douleur de façon sécuritaire et efficace. Il s'agit là d'un objectif à long terme ambitieux. D'ici à ce qu'il puisse être atteint, nous devons collectivement réduire nos attentes à l'égard de l'efficacité des médicaments pour les patients souffrant de douleur chronique. Tant que ce message ne sera pas bien compris et que les méfaits des opioïdes ne seront pas davantage pris au sérieux, ces médicaments continueront de causer un tort incommensurable.

[David Juurlink](#) est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est également professeur et chef de la Division de la pharmacologie clinique et de la toxicologie à l'Université de Toronto. On peut le suivre sur Twitter à [@davidjuurlink](#).

(août 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Prescription drug costs are hurting Canadians

Why the public health system needs to evolve

DANIELLE MARTIN AND STEVE MORGAN

This week, Health Ministers from across Canada will gather in Banff to discuss issues of common interest and explore opportunities to work together. Pharmacare — a program that would see all prescription drug costs covered through a publicly funded system instead of out-of-pocket — will almost certainly be on the agenda.

Decision-makers often talk of “low hanging fruit” — policies that involve minimal disruption but can yield quick wins. In Canadian health care, there isn’t much low hanging fruit: the challenges are complex, the solutions hard to implement and often expensive.

Pharmacare isn’t yet seen as low-hanging fruit — but it isn’t as high up on the tree as our ministers might think.

Prescription drug coverage and costs are major challenges in health care. Canada is the only developed country that offers universal health insurance but not universal prescription drug coverage. As a result, one in 10 Canadians cannot afford to fill the prescriptions their doctors write — yet Canadians spend more on pharmaceuticals than any other comparable country.

We can meet these pharmaceutical policy challenges by reforming how we pay for and purchase medications — that is, if our governments choose to work together. Unfortunately, cooperation doesn’t always come easy in Canadian public policy.

Canadian Medicare was designed in the 1950s and 1960s as a partnership between federal and provincial governments. They built a universal, public health insurance system in stages, beginning with insurance for hospital and then medical care.

“IF OUR GOVERNMENTS, HOSPITALS
AND PHYSICIANS CAN PROMISE
EXCELLENT AND TIMELY CARE
TO TOURISTS FROM OTHER
COUNTRIES, THERE’S NO REASON
WHY THE SAME PROMISE CAN’T
BE MADE TO ALL CANADIANS.”

Dr. Colleen Flood, Professor in the Faculty of Law,
the School of Public Policy & Governance,
University of Toronto

Evidence
Network
.ca

Today, health care has been transformed by pharmaceutical innovations that allow us to treat many conditions that previously required hospitalization. As the population ages and pharmaceutical technologies continue to change, prescription drug coverage and cost will become ever more important for Canada.

Currently, there is no national standard for drug coverage in Canada. We rely on a patchwork of private and public payers working at odds with each other, and not in the interest of patients.

That patchwork has meant profound inequality: a Canadian with a chronic illness could face costs between a few hundred dollars to over \$1,000 per year depending on which province they live in — or no drug costs at all if they have work-related private drug coverage.

The most obvious way to fix this problem would be to bring prescription drugs under our publicly funded health system, Medicare, just as we have done for doctors and hospitals.

This approach would not cost Canadians more. In fact, if Canada implemented more rational practices for the way that pharmaceuticals are purchased and prescribed, we could pay for the most critical medically necessary prescriptions for every single Canadian at little or no more cost to governments.

How is this possible?

The proof is found in developed countries around the world. From the U.K. to New Zealand to the U.S. Veterans Administration, health care systems in countries like ours provide comprehensive prescription drug benefits for the same or less cost per capita as what we spend publicly to cover a fraction of our population.

These other health systems get more for less because of two things. First, they use the purchasing power of a single payer to secure best prices for medicines, and they drive hard bargains for those prices. The U.K., for example, pays 22 per cent less for brand-name drugs than Canada does — yet it still attracts five times as much pharmaceutical investment on a per capita basis.

The second thing these countries do is engage prescribers and patients in the task of promoting rational, cost-effective prescription drug use. This improves patient outcomes and reduces demands for other forms of health care while also keeping drug costs in check.

In the absence of federal leadership, provinces and territories have done their best to pick some of the low-hanging fruit to improve coverage and reduce costs for prescription medicines in Canada. Provinces are cooperating on generic drug price setting and brand-name price negotiations more now than ever before.

But better pharmacare for all Canadians will be difficult to achieve without the federal

government at the table.

The government of Canada could lead on this issue in a way that no single province or territory can do, by supporting the development of a single national list of drugs to be covered for all Canadians and by harnessing the purchasing power of the whole nation to get the best possible bang for our buck.

The Ministers need to aim high to address this issue, in hopes that the federal government will eventually join them. The fruit is ripe for picking.

Danielle Martin is a physician and Vice President at Women's College Hospital in Toronto.

Steve Morgan is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a professor and director of the Centre for Health Services and Policy Research at the University of British Columbia.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Toronto Star*, the *Huffington Post* and the *Halifax Chronicle Herald*.

Les coûts des médicaments d'ordonnance pèsent lourd pour les Canadiens

Le système de santé public doit évoluer

DANIELLE MARTIN ET STEVE MORGAN

Cette semaine, les ministres de la Santé du pays se rassembleront à Banff en vue de se pencher sur des questions d'intérêt commun et d'explorer les possibilités de collaboration. Le Régime d'assurance-médicaments, un programme qui couvrirait les coûts de tous les médicaments d'ordonnance par la voie d'un système financé à même les fonds publics au lieu d'une prise en charge par les individus, sera certainement à l'ordre du jour.

Les décideurs parlent souvent de « fruits facilement accessibles », des politiques à faibles perturbations et à gains rapides. Or, de tels fruits sont rares dans le milieu de la santé canadien. Les défis sont complexes, la mise en œuvre de solutions est difficile et souvent coûteuse.

Un Régime d'assurance-médicaments n'est pas encore perçu comme un fruit facilement accessible, mais ce fruit n'est peut-être pas si haut juché dans l'arbre, contrairement à ce que pensent nos ministres.

La couverture et les coûts des médicaments d'ordonnance s'avèrent des défis importants dans le monde des soins. Le Canada est le seul pays développé doté d'un régime d'assurance-santé universel dépourvu d'une couverture universelle en matière de médicaments

d'ordonnance. Par conséquent, un Canadien sur 10 n'a pas les moyens de se payer les médicaments prescrits par son médecin. Or les Canadiens dépensent plus pour les médicaments que les citoyens de tout autre pays comparable.

Nous pouvons relever les défis liés aux politiques régissant le domaine pharmaceutique en réformant la façon dont nous achetons les médicaments et la manière de les payer, à



condition que nos gouvernements œuvrent conjointement. Malheureusement, la collaboration n'est pas toujours au rendez-vous dans l'arène des politiques publiques canadiennes.

Le Régime d'assurance-maladie canadien a été conçu dans les années 1950 et 1960 comme un partenariat entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Ces instances ont mis en place un régime d'assurance-santé universel comportant plusieurs étapes, en commençant par l'hospitalisation, puis les soins médicaux.

Aujourd'hui, les innovations dans le domaine pharmaceutique ont transformé les soins de santé. Nous pouvons maintenant traiter de nombreuses maladies qui, jadis, auraient nécessité des hospitalisations. La population étant vieillissante et les technologies pharmaceutiques étant en constante évolution, les coûts des médicaments d'ordonnance et leur couverture seront des enjeux de plus en plus importants au pays.

Actuellement, il n'existe au Canada aucune norme nationale régissant la couverture des médicaments. Nous dépendons d'une mosaïque d'interlocuteurs privés ou publics qui paient la note mais qui sont souvent en conflit les uns avec les autres, au détriment des patients.

La présence d'une telle mosaïque génère de profondes inégalités. Un citoyen atteint d'une maladie chronique pourrait avoir à payer des centaines de dollars, voire plus de 1000\$ par année, selon la province dans laquelle il réside. Il pourrait aussi n'avoir rien à payer s'il bénéficie d'un régime d'assurance-médicaments privé au travail.

La solution la plus plausible à ce problème serait d'intégrer les médicaments d'ordonnance à notre régime d'assurance-maladie public, comme nous l'avons fait pour les soins des médecins et les hospitalisations. Les Canadiens n'auraient pas à déboursier davantage. En fait, si le Canada adoptait des pratiques plus rationnelles en matière de produits pharmaceutiques et la façon dont ils sont achetés et prescrits, nous pourrions payer les coûts des médicaments d'ordonnance les plus essentiels et médicalement indispensables. Cela s'appliquerait pour tous les citoyens, à peu de frais ou sans coûts supplémentaires pour les gouvernements.

Comment est-ce possible?

La réponse réside dans les pays développés, partout dans le monde. Du Royaume-Uni à la Nouvelle-Zélande, en passant par les États-Unis et leur administration des anciens combattants, les systèmes de santé des pays comme le nôtre sont dotés de régimes de médicaments d'ordonnance exhaustifs. Ces régimes coûtent les mêmes sommes ou moins par habitant que celles que nous dépensons en fonds publics pour couvrir qu'une part de notre population.

Ces autres systèmes de santé obtiennent davantage avec moins d'argent, et ce pour deux raisons. Premièrement, ils utilisent le pouvoir d'achat d'un payeur unique pour obtenir

les médicaments aux meilleurs prix, et ils négocient dur. Par exemple, le Royaume-Uni paie 22 pour cent de moins pour ses médicaments de marques déposées, comparative-ment au Canada. Par ailleurs, il attire cinq fois plus de capitaux pharmaceutiques, par rapport au nombre d'habitants.

Deuxièmement, ces pays recrutent la participation des médecins prescripteurs et des patients pour promouvoir l'utilisation rationnelle et efficiente des médicaments d'ordonnance. Cette démarche améliore les résultats pour le patient et réduit la demande pour d'autres types de soins tout en contenant les coûts.

En l'absence d'un leadership de la part du gouvernement fédéral, les provinces et les territoires ont fait de leur mieux pour cueillir les fruits facilement accessibles en vue d'améliorer la couverture et réduire les coûts des médicaments d'ordonnance. Les provinces collaborent plus que jamais pour établir les prix des médicaments génériques et négocier les prix des médicaments de marques déposées.

Toutefois, l'amélioration du régime d'assurance-médicaments au profit de tous les Canadiens s'avérera un exercice difficile sans la participation du gouvernement fédéral.

Le fédéral pourrait mener ce dossier comme aucune province ou territoire ne pourrait le faire en appuyant la création d'une liste nationale unique qui regrouperait les médicaments couverts par l'assurance-médicaments et offerts à tous les Canadiens. Il pourrait également mobiliser le pouvoir d'achat de la population entière et obtenir le maximum pour l'argent investi dans l'achat des médicaments.

Les ministres doivent « viser haut » cette semaine, dans leurs efforts pour régler cette question, en espérant que le gouvernement fédéral sera de la partie. Le fruit est mûr et prêt à cueillir.

Danielle Martin est médecin et vice-présidente au Women's College Hospital, à Toronto.

Steve Morgan agit comme conseiller-expert auprès d'EvidenceNetwork.ca. Il est professeur et directeur du Centre for Health Services and Policy Research, à l'Université de la Colombie-Britannique.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

The continued medicalization of women's bodies

Drug treatment for female sexuality not about equality but profits

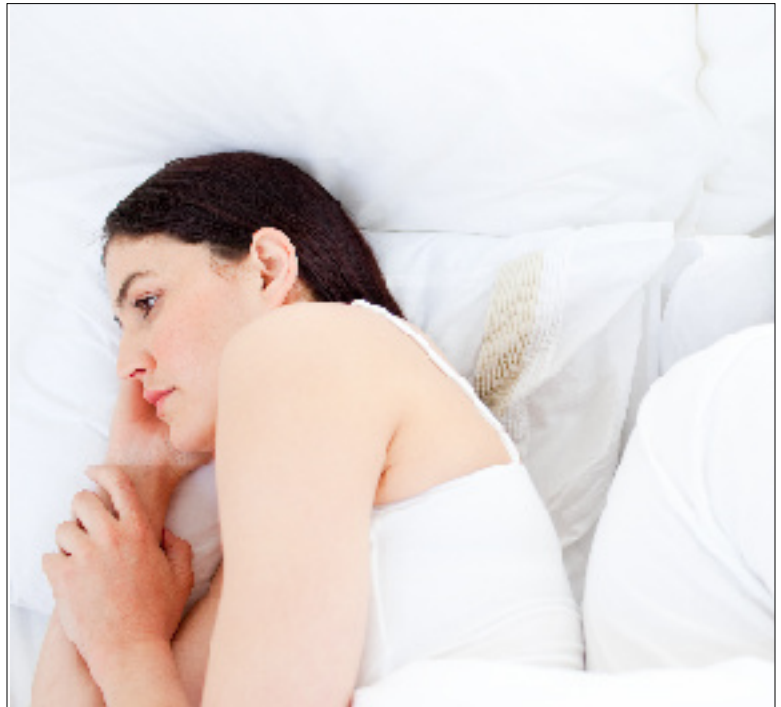
ALAN CASSELS

We've come a long way, baby.

Eighty five years ago (October 18, 1929) women were declared “persons” in Canada.

On that day women in Canada became eligible to be appointed to the Canadian Senate, which up to that time, had been the sole dominion of men because women were not “deemed persons” under the law. Five Alberta women, Emily Murphy, Irene Parlby, Louise McKinney, Henrietta Muir Edwards and Nellie McClung declared a major victory in being able to say, quite simply: “We are persons too!”

There is no doubt that great strides have been made in the push for gender equity over last 85 years. We take things for granted nowadays, where senior members of almost every profession are women and women hold leadership positions in government and industry. We've had female premiers and a female prime minister. When I tell my daughter that we didn't have women in Military College or the Canadian Navy when I joined up 30 years ago, she is aghast. Now women command warships and fly fighter jets, and there is no question that they have breached almost every domain that has been the sole bastion of men.



At the same time it's premature to say that true gender equity has been achieved. Women still earn less than men, carry the bulk of child care duties, and are often the first ones to sacrifice their careers when children come along.

More worrisome, I think, is to see how demands for justice for both sexes can be construed in ways that co-opt the language of equality to sell ideas or products — especially when they might be another way to subdue women all over again.

As a pharmaceutical policy researcher, I've studied the marketing practices of the drug industry for two decades and have seen many examples where industry-fuelled medicalization of women's health has threatened to turn the normal ups and downs of puberty, pregnancy and menopause into ripe fodder for pharmaceutical-enhancement.

There's one significant frontier in the medicalization of women's bodies that remains elusive: drug treatment for female sexuality.

At the end of October, the US FDA is sponsoring a workshop called "Patient-Focused Drug Development and Scientific Workshop on Female Sexual Dysfunction," which puts on display two very starkly contrasting views of female sexuality.

On the one hand, led by drug companies wishing to create the first new "Pink Viagra," surrogate patient groups have started actively lobbying for new drug development under the guise of gender equity. These advocates say that there are already 26 FDA-approved drugs on the market for male sexual problems and "ZERO for women." And so, they want action. What that "action" looks like is a push for the FDA to recognize its apparent gender bias and lower the standards needed to approve drugs for women.

The eventhescore.org campaign appears to be made up of advocates who want new standards of drug approval at the FDA so that they, too, can have drugs to enhance sex.

On the other hand are women health advocates who are vocally countering the medicalization of female sexuality, saying that the FDA should not accept the rewriting of disease definitions in order to satisfy the drug industry's desire to market drugs for low sexual desire. They argue that female sexuality is complex and diverse, and based on a whole range of emotional and relationship factors that are not as simple as a male plumbing problem, and hence, not amendable to a pharmaceutical cure.

The main problem is that no one seems to be able to precisely define "female sexual dysfunction" and the "disease" for which a pill might be warranted. Being too tired for sex? Being uninterested in the lout who wears sweatpants around the house? Living with a Neanderthal that doesn't know how to do laundry? There is not yet a pill for that but that hasn't stopped some in the drug industry from trying to characterize low sexual interest into a disease.

In the recent past, the world has been witness to many intensive efforts to redefine or characterize normal human social and physiologic parameters into conditions that require pharmaceutical treatment. Now adding to the pharmaceuticalization of a broad range of normal human behaviours including sadness, social anxiety and childhood exuberance, we can add "female sexual dysfunction" — deemed abnormal, widespread and urgently in need of pharmaceutical intervention.

Let's strip the false "equality" language from the sales pitch and recognize that this is not about being fair and even between the sexes, but about potential profits.

Alan Cassels is a pharmaceutical policy researcher and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Huffington Post*, the *Winnipeg Free Press* and the *Victoria Times Colonist*.

Le corps des femmes est toujours médicalisé

Le traitement pharmacologique des dysfonctions sexuelles féminines n'est pas une question d'égalité, mais de profits

ALAN CASSELS

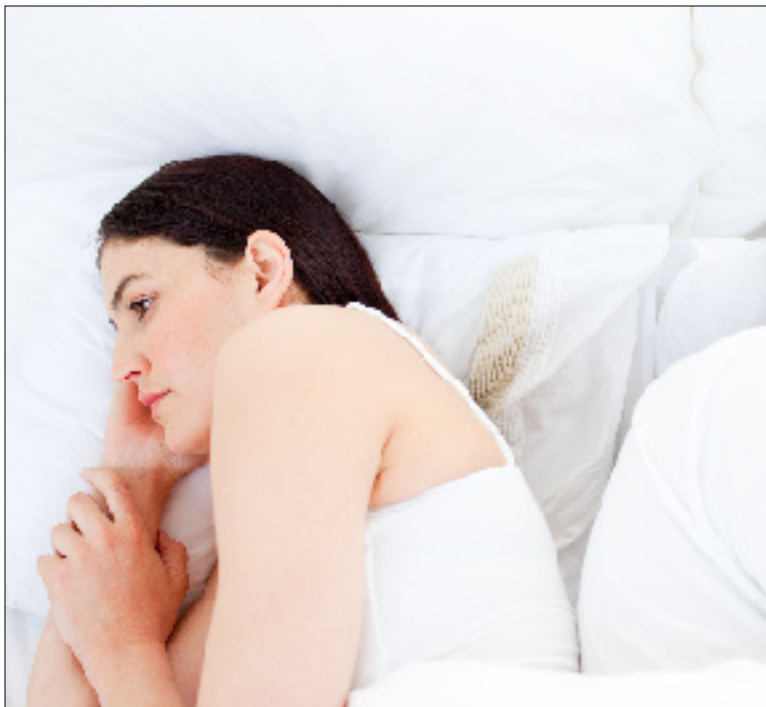
Que de chemin parcouru, chère amie!

Il y a 85 ans ce mois-ci, soit le 18 octobre 1929, les femmes ont été déclarées des « personnes » au Canada.

Les Canadiennes ont alors obtenu le droit d'être nommées au Sénat canadien, un privilège qui avait longtemps été réservé aux hommes, car les femmes n'étaient pas reconnues comme des « personnes » en vertu de la loi. Cinq Albertaines, soit Emily Murphy, Irene Parlby, Louise McKinney, Henrietta Muir Edwards et Nellie McClung, ont déclaré avoir remporté ce jour-là une victoire importante : « Nous sommes aussi des personnes! », ont-elle pu finalement affirmer.

Il n'y a aucun doute que l'égalité entre les hommes et les femmes ait progressé à pas de géant au cours des 85 dernières années.

Aujourd'hui, cette lutte nous semble gagnée : des femmes ont atteint les échelons supérieurs de plusieurs professions et occupent des postes de direction au sein du gouvernement et d'entreprises. Des femmes ont également été élues premières ministres provinciales et le Canada a élu une première ministre. Quand je raconte à ma fille qu'il n'y avait aucune femme



au Collège militaire royal ou dans les rangs de la Marine canadienne lorsque je me suis enrôlé il y a trente ans, elle est estomaquée. De nos jours, on retrouve des femmes aux commandes de navires de guerre et d'avions de combat à réaction. Les femmes ont, sans contredit, réussi à accéder à presque tous les domaines qui étaient réservés aux hommes.

Toutefois, il serait prématuré d'affirmer qu'une véritable équité entre les hommes et les femmes a été atteinte. Les femmes gagnent toujours moins que les hommes, assument encore la plus grande part des tâches liées au soin des enfants et sont généralement les premières à sacrifier leur carrière au moment de fonder une famille.

Ce qui est toutefois plus inquiétant, à mon avis, est la façon dont les appels à l'égalité entre les deux sexes peuvent être interprétés, récupérés et mis au service de la promotion d'idées ou de marchandises, et deviennent une nouvelle façon d'assujettir les femmes.

En tant que chercheur dans le domaine des politiques sur les médicaments, j'étudie les pratiques de mise en marché de l'industrie pharmaceutique depuis deux décennies. Au cours de ma carrière, j'ai pu observer de nombreux cas où la médicalisation de la santé des femmes a été favorisée par les besoins de l'industrie. La puberté, la grossesse et la ménopause sont devenus un terrain fertile pour l'accroissement des ventes de médicaments.

Il y a cependant une frontière du domaine de la médicalisation du corps de femme qui n'a pas été franchie, soit le traitement pharmacologique des dysfonctions sexuelles féminines.

Or, à la fin du mois d'octobre, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis tiendra un atelier scientifique sur le développement de médicaments contre les dysfonctions sexuelles féminines (atelier intitulé Patient-Focused Drug Development and Scientific Workshop on Female Sexual Dysfunction). Les chercheurs y discuteront deux concepts de la sexualité féminine qui sont diamétralement opposés.

D'un côté, sous la pression de sociétés pharmaceutiques qui veulent créer le premier « Viagra rose », des représentants de groupes de patients plaident pour le développement d'un tel médicament, sous le couvert d'une lutte pour l'équité entre les hommes et les femmes. Ces groupes de pression soutiennent qu'il existe sur le marché 26 médicaments autorisés par la FDA pour le traitement des troubles sexuels chez les hommes, alors qu'il n'en existe aucun pour les femmes. Ils exigent, par conséquent, que des mesures soient prises pour corriger la situation. Mais ces « mesures » s'apparentent plutôt à une campagne de pression pour accuser la FDA de sexisme et pousser l'organisme à approuver les médicaments destinés aux femmes.

L'objectif de la campagne Even The Score (eventhescore.org) est de faire en sorte que la FDA adopte de nouveaux critères d'approbation des médicaments afin que les femmes puissent, elles aussi, avoir accès à des moyens pharmaceutiques d'améliorer leur vie sexuelle.

D'autre part, des groupes de défense de la santé des femmes sont vivement opposés à la médicalisation de la sexualité féminine. Ils affirment que la FDA ne devrait en aucun cas accepter que la définition de maladies soit reformulée dans le but de satisfaire la volonté

de l'industrie de mettre en marché des médicaments contre la baisse du désir sexuel féminin. Selon eux, la sexualité féminine est complexe et diversifiée et repose sur un large éventail de facteurs émotionnels et relationnels qui ne sont pas aussi simples que les problèmes physiologiques qu'éprouvent les hommes. Ainsi, les femmes ne peuvent pas être traitées aussi facilement avec des médicaments.

Le principal problème dans ce débat est que personne ne semble être en mesure de définir avec précision ce qu'est une « dysfonction sexuelle féminine » et en quoi il pourrait s'agir d'une « maladie » justifiant la prise d'un médicament. Est-ce qu'être trop fatiguée pour faire l'amour, ne pas être attirée par le rustre qui déambule en tenue de sport dans la maison ou vivre avec un homme des cavernes incapables de faire le lavage sont des symptômes d'une « maladie »? Il n'existe encore aucun médicament pour traiter de tels « symptômes », mais ce détail n'empêche en rien certains acteurs de l'industrie pharmaceutique à pousser pour que la baisse du désir sexuel soit caractérisée comme une maladie.

Récemment, nous avons été témoin de nombreux cas où des efforts considérables ont été déployés pour redéfinir ou caractériser des facteurs psychologiques et sociaux tout à fait normaux comme des troubles de santé exigeant un traitement pharmaceutique. Après avoir médicalisé la tristesse, l'angoisse sociale et l'exubérance des enfants, nous pouvons désormais ajouter la « dysfonction sexuelle féminine » au nombre des problèmes qui nécessiteraient une intervention pharmaceutique.

Nous devons cesser de donner de la valeur à un faux discours sur l'égalité et reconnaître que le véritable enjeu est la volonté de l'industrie pharmaceutique d'augmenter ses profits.

Alan Cassels est chercheur dans le domaine des politiques sur les médicaments et expert-conseil à EvidenceNetwork.ca.

(octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.



Chapter 7: Mental Health



What's stressing out our kids?

How self-regulation may be the answer

STUART SHANKER

Something quite remarkable is happening across Canada today: suddenly everyone is talking about self-regulation. They're not always sure they know what it means, let alone what to do about it. But there is a widespread awareness that self-regulation is one of those scientific breakthroughs that heralds a turning point in how we see and help children.

In the simplest terms, self-regulation refers to the neural processes that control the energy expended to deal with a stressor and then recover. When a child's stress levels are too high various systems for thinking and metabolic recovery are compromised. The signs of when this is happening show up in the child's behaviour, or mood, or attention, or for that matter, physical well-being. And judging from the growing numbers of problems that we're seeing in kids in these areas, it would seem that Canadian children are dealing with far too much stress today.

With all the reports coming in on the high stress levels our children are under we began to investigate what some of the common culprits might be and were surprised by what we found. For example, noise has become a major problem: not just in terms of volume, but also reverberation and the presence of low-frequency sounds. Another big problem is something known as "visual noise": how much clutter or visual distraction there is. The typical school classroom turns out to have high levels of both of these kinds of stressors and efforts to reduce auditory and visual noise are resulting in significant improvements in children's behaviour and attention.

“THERE ARE FIVE KEY GOALS TO ENHANCING SELF-REGULATION IN CHILDREN:

- 1 LEARN HOW TO READ THE SIGNS OF WHEN A CHILD IS OVER-STRESSED.
- 2 IDENTIFY THE STRESSORS.
- 3 REDUCE THE STRESSORS.
- 4 HELP THE CHILD LEARN TO IDENTIFY WHAT IT FEELS LIKE TO BE CALM AND WHAT IT FEELS LIKE TO BE AGITATED.
- 5 HELP CHILDREN LEARN STRATEGIES FOR RETURNING TO BEING CALM WHEN THEY BECOME AGITATED.”

Dr. Stuart Shanker, Distinguished Research Professor
of Philosophy and Psychology, York University

Evidence
Network
.ca

We are only at the early stages of understanding what all these stressors might be, but we are already beginning to understand that things that we may not think twice about — e.g., kids' sleep, eating, exercise and leisure activities, or their environment — might be adding considerably to their stress load. When we can identify and reduce the stressors in children's lives, we find that many of the problems they were demonstrating start to diminish and they become much more receptive to adult assistance.

That is the key to this revolution: a shift from thinking in terms of controlling to regulating a child. The assumption underlying the "stern discipline" approach to dealing with such problems is that a child is capable of acting differently and only a lesson in the consequences of a poor choice will drive home the importance of self-control. The problem is, one of the key systems that shuts down under excessive stress is the very one needed for exercising self-control.

Over the long term, the effect of punishing or harshly chastising children who are over-stressed is to exacerbate their problems in self-control. To be sure, if you make the punishment harsh enough, the child is likely to become quiet and perhaps compliant. But far from signifying that your message has "finally gotten through" what has happened in all too many cases is that the child has gone into a state that is known as "freeze": quiet on the outside, but if you could peer inside their brain you'd see that their alarm system is on high alert. In this state, they're not actually processing a word of what you're saying: they're just marshalling the energy to escape at the first opportunity.

In our work with parents and teachers, we have identified five key goals to enhancing self-regulation in children:

Learn how to read the signs of when a child is over-stressed.

Identify the stressors.

Reduce the stressors.

Help the child learn to identify what it feels like to be calm and what it feels like to be agitated.

Help children learn strategies for returning to being calm when they become agitated.

If you suspect your child's stress levels are too high, there are different kinds of strategies you can try. One of the most effective is unscripted free play. It's no surprise that so many children seize this opportunity to build forts: this gives them a chance to feel safe and secure. Some children find sports really calming and some get this effect from music. Many children love yoga, or doing art, reading, cooking or taking care of animals. Every child is different and you may have to experiment a little to find the activities that your child finds calming, but when you do, you'll know from the smile on his or her face and the relaxed look of their body.

There is never an age at which it's too late to work on self-regulation with your child;

and never an age at which you can stop working on these goals. The result is that your child will develop the skills they'll need to deal with the stressors they are going to encounter in the 21st century: stressors that, as this winter has taught us, we can't even begin to imagine!

*Stuart Shanker is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a distinguished research professor of philosophy and psychology and director of the Milton and Ethel Harris Research Initiative at York University. For more information about self-regulation see *Calm, Alert and Learning* by Stuart Shanker (Pearson 2012) and go to www.mehritcentre.com and www.self-regulation.ca.*

(April 2014)

A version of this commentary appeared in the *Huffington Post* and the *Hamilton Spectator*.

Qu'est-ce qui rend nos enfants si stressés ?

L'autorégulation comme piste de solution

STUART SHANKER

Quelque chose d'assez remarquable est en train de se produire au Canada : du jour au lendemain, tout le monde s'est mis à parler d'autorégulation. Nous ne savons pas toujours en quoi cela consiste et encore moins comment l'appliquer, mais nous sommes de plus en plus nombreux à nous y intéresser, parce que nous devinons qu'il s'agit d'une de ces percées scientifiques propres à transformer l'idée qu'on se fait des enfants et l'aide qu'on leur procure.

En termes simples, l'autorégulation désigne les processus neuronaux qui modulent l'énergie dépensée pour réagir à un facteur de stress et ensuite récupérer. Un niveau de stress excessif perturbe les mécanismes qui régulent la pensée et la récupération métabolique chez l'enfant. On peut en repérer les signes dans son comportement, son humeur, son niveau d'attention ou tout simplement dans son degré de bien-être physique. À en juger par la multiplication des problèmes observés aujourd'hui chez les enfants canadiens, le stress qu'ils subissent est beaucoup trop grand.

Les constats de plus en plus nombreux confirmant cet état de choses nous ont amenés à nous interroger sur les facteurs courants susceptibles d'en être responsables. Ce que nous avons découvert nous a étonnés.

À titre d'exemple, le bruit est devenu un problème majeur : le volume sonore n'est pas le seul en cause, mais aussi la réverbération et la présence de sons graves. Il y a aussi ce qu'on pourrait appeler le « bruit visuel », soit le degré de désordre et de distraction pour l'œil. Or il se trouve que ces stressseurs abondent dans une salle de classe typique. On constate que les mesures prises pour les atténuer se traduisent chez les élèves par une nette amélioration sur le plan du comportement et de l'attention.



Nous ne faisons que commencer à recenser tous les facteurs en jeu, mais nous nous rendons déjà compte que des choses auxquelles nous n'aurions pas pensé à première vue, comme le sommeil, l'alimentation, l'exercice, les loisirs ou l'environnement, pourraient sensiblement alourdir le fardeau de stress des enfants. En effet, lorsqu'on parvient à repérer ces facteurs et à les atténuer, on s'aperçoit que bon nombre des problèmes diminuent et que les enfants se montrent plus réceptifs à l'aide des adultes.

Voilà précisément ce qui fait de ce changement de perspective une petite révolution : il n'est plus question ici *d'exercer son autorité*, mais de favoriser *l'autorégulation*. Le recours à une « discipline sévère » pour corriger un problème repose sur l'idée que l'enfant est capable d'agir autrement et qu'il ne pourra apprendre l'importance de la maîtrise de soi que si on lui montre les conséquences d'une mauvaise décision. Le hic, c'est qu'en situation de stress excessif, l'un des principaux mécanismes qui s'enrayent est celui-là même qui nous permet de nous maîtriser.

À long terme, le fait de punir ou de réprimander fortement un enfant surmené ne fera qu'exacerber sa difficulté à se maîtriser. Certes, si la punition est suffisamment sévère, il est probable qu'il se calme et peut-être même, qu'il devienne docile. Toutefois, cela ne veut pas dire qu'il a « enfin compris le message », bien au contraire; ce qui se produit dans de trop nombreux cas, c'est que l'enfant se « fige » : il donne l'impression de s'être tranquilisé, mais si on pouvait regarder dans son cerveau, on verrait que son système d'alarme est en mode qui-vive. Dans pareil état, un enfant ne capte pas un seul mot de ce qu'on lui dit. Il s'emploie plutôt à mobiliser l'énergie requise pour s'enfuir à la première occasion.

Dans notre travail auprès des parents et des enseignants, nous avons défini cinq principes qui visent à favoriser l'autorégulation chez les enfants.

Apprendre à reconnaître les signes de surmenage.

Repérer les stressseurs.

Atténuer les stressseurs.

Aider l'enfant à définir comment il se sent quand il est calme et quand il est agité.

Amener l'enfant à acquérir des stratégies qui l'aideront à se calmer lorsqu'il deviendra agité.

Si vous soupçonnez que le stress que ressent votre enfant est trop élevé, différentes stratégies s'offrent à vous. L'une des plus efficaces est le jeu libre. Il n'est guère étonnant que les enfants profitent souvent de ce temps pour construire un fort, car cela leur donne un sentiment de sécurité. Les sports ont un effet apaisant chez certains; chez d'autres, ce sera la musique. Nombreux sont les enfants qui adorent le yoga, la lecture, faire du bricolage ou la cuisine ou encore prendre soin d'un animal. Chaque enfant est différent; il vous faudra peut-être tâtonner un peu avant de découvrir les activités qui

conviennent au vôtre. Vous saurez que vous êtes tombé sur la bonne méthode au sourire qui illuminera leur visage et à la sensation de détente qui se dégagera de son corps.

Il n'est jamais trop tard pour commencer à inculquer l'autorégulation et il n'y a pas d'âge pour cesser d'y travailler. Cette méthode permettra à l'enfant d'acquérir les habiletés dont il aura besoin pour faire face aux stressseurs susceptibles de survenir au courant du 21^e siècle, et dont il est difficile d'imaginer la portée, si l'on se fie à l'hiver que nous venons de traverser!

*Stuart Shanker est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est professeur émérite de philosophie et de psychologie et directeur du programme Milton and Ethel Harris Research Initiative à l'Université York. Pour en savoir plus sur l'autorégulation, consultez son ouvrage *Calm, Alert and Learning* (Pearson, 2012), ainsi que les sites www.mebricentre.com et www.self-regulation.ca.*

(avril 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Prenatal stress can affect the fetal and infant brain

Prolonged exposure to toxic stress has been linked to depression, heart disease, diabetes and alcoholism

NICOLE LETOURNEAU AND JUSTIN JOSCHKO

Last month, it was reported that an Edmonton woman was badly beaten by her spouse. Though the attack put her in the hospital, the police offered a silver lining by stating that her unborn baby, at least, wasn't harmed.


Sadly, this claim underestimates the profound effect severe stress can have on children's development in their first years of life, including while they're still in the womb. In order to help end the cycles of violence that all too often lead to these situations, we must understand the full effects of abuse and neglect early in life — and what can be done to correct them.

Evidence shows that exposure to their mothers' prenatal stress in consistently high doses — a state called “toxic stress” — affects fetal and infant brain architecture, placing the growing child at risk for numerous emotional and intellectual challenges. Exposed children have a harder time paying attention to instructions, and fare worse in puzzles and activities designed to measure cognitive ability.

The main culprit in these cases is a stress hormone called cortisol. Though made naturally in our bodies and a key part of our stress response system, cortisol can be nasty stuff in large doses.

Our glands produce it in times of real or perceived danger, where it shifts us into a kind of emergency mode: redistributing energy from our organs to our major muscle groups — the better to flee or fight with — and shutting down our immune and digestive systems to concentrate on the more immediate task of survival.

All of this is of great importance when fleeing from a tiger, or battling a warring tribe,



“IF WE WANT TO END ABUSE, TO ELIMINATE POVERTY, TO HELP SOLVE THE THORNIEST PROBLEMS OUR SOCIETY FACES, THE BEST PLACE TO BEGIN IS AT THE BEGINNING: PRENATAL AND INFANCY CARE.”

Nicole Letourneau, professor in the Faculties of Nursing and Medicine and the Norlien/Alberta Children's Hospital Foundation Chair in Parent-Infant Mental Health at the University of Calgary

Evidence
Network
.ca

or facing one of the other myriad dangers that plagued our distant ancestors. But in the face of extreme stress experienced by some people today, it can become a liability, as its presence prevents the body from returning to its pre-stressed state, called homeostasis.

Homeostasis is where our bodies function most optimally; if we lose the ability to downshift to this lower gear, the damage over the long term — the wear and tear, so to speak — can be considerable. Prolonged exposure to toxic stress has been linked to depression, heart disease, diabetes, and alcoholism — diseases we associate with adulthood, but whose seeds are often sown in the first years of our lives.

Fortunately, many effects of toxic stress can be mitigated. And the cure is not a matter of expensive pills or complex medical treatments. For parents, it's a matter of support. Supporting parents — through women's shelters, through tax relief, through better services for those with mental illness — we help two generations, parents and the next generation.

For children, it's a matter of supporting parenting. The same study that reported an association between prenatal stress and lower cognitive abilities found that these problems were completely reversible, so long as children received consistent, loving attention from at least one caregiver. "Serve and return relationships," characterized by responsive, helpful interactions between children and adults, have powerful healing effects.

Though the exact mechanisms aren't well understood, we think that caring serve and return relationships with parents act as a stress filtration system for their children, buffering them from the bursts of cortisol their young bodies aren't yet equipped to handle. Healthy relationships may therefore recalibrate kids away from overproducing cortisol.

Support can make all the difference between a cycle of violence being repeated or broken.

If we want to end abuse, to eliminate poverty, to help solve the thorniest problems our society faces, the best place to begin is at the beginning: prenatal and infancy. And we can't forget who raises those infants. We must support their parents, especially the ones most stressed. We all have a stake in protecting and supporting today's parenting families to give all our children the best start.

Nicole Letourneau is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor in the faculties of Nursing and Medicine. She also holds the Norlien/ Alberta Children's Hospital Foundation Chair in Parent-Infant Mental Health at the University of Calgary.

Justin Joschko is a freelance writer currently residing in Ottawa. Their co-authored book, Scientific Parenting, has recently been released with Dundurn Press.

(April 2014)

A version of this commentary appeared in the *Winnipeg Free Press*, the *Huffington Post* and the *Guelph Mercury*.

Le stress parental peut nuire au cerveau du fœtus et du bébé

Un lien a été établi entre l'exposition prolongée à un stress toxique et la dépression, les maladies du cœur, le diabète et l'alcoolisme.

NICOLE LETOURNEAU ET JUSTIN JOSCHKO

Le mois dernier, on rapportait qu'une femme d'Edmonton a été lourdement battue par son époux. Bien que la femme ait dû se rendre à l'hôpital en raison de l'agression, la police offrait une mince consolation en affirmant que le bébé à naître, au moins, n'avait pas été touché.

Malheureusement, cette affirmation sous-estime les graves effets que peut avoir un stress intense sur le développement de l'enfant au cours des premières années de sa vie, y compris pendant qu'il est toujours dans l'utérus. Afin de contribuer à mettre fin aux cycles de violence qui trop souvent mènent à de telles situations, nous devons comprendre tous les effets qu'engendrent les agressions et la négligence au tout début de la vie, de même que ce que nous pouvons faire pour contrer ces effets.

Les données indiquent qu'une exposition constante à un stress prénatal maternel élevé, c'est-à-dire un stress qualifié de « toxique », nuit à l'architecture du cerveau du fœtus et du bébé, ce qui a pour conséquence que l'enfant au cours de sa croissance sera à risque d'éprouver de nombreuses difficultés d'ordre émotionnel et intellectuel. Les enfants qui ont été exposés à un stress toxique ont, en effet, plus de difficulté à écouter des consignes avec attention et sont moins habiles pour faire des casse-têtes et exécuter des tâches conçues pour mesurer leurs capacités cognitives.

La principale coupable dans ce type de situation est l'hormone du stress, qu'on appelle le cortisol. Bien qu'il soit sécrété naturellement par le corps et fasse partie intégrante de



notre système de réaction au stress, le cortisol peut devenir nocif lorsqu'il est présent en trop quantité dans le corps. Produit par des glandes lorsque nous sommes en situation de danger réel ou perçu, il sert à mettre tout le corps dans une sorte d'état d'alerte en redistribuant l'énergie de nos organes vers nos principaux groupes musculaires, afin que nous soyons plus aptes à fuir ou à nous battre, et en interrompant le fonctionnement de nos systèmes digestif et immunitaire, afin que le corps se concentre sur sa survie plus immédiate.

Tous ces changements provoqués par le cortisol sont extrêmement importants lorsqu'il s'agit de fuir un tigre, de se battre contre une tribu ennemie ou de faire face à la kyrielle d'autres dangers avec lesquels devaient composer nos ancêtres. Toutefois, ils peuvent avoir aujourd'hui des conséquences négatives chez les personnes qui subissent un stress intense, car la présence de cortisol dans l'organisme empêche le corps de retrouver son état d'avant le stress, appelé homéostasie.

L'homéostasie est l'état où le corps fonctionne de façon optimale, et une incapacité de retrouver cet état entraîne des conséquences qui à long terme peuvent être considérables, s'apparentant pour ainsi dire une usure et une dégradation du corps. Un lien a été établi entre l'exposition prolongée à un stress toxique et la dépression, les maladies du cœur, le diabète et l'alcoolisme, des problèmes de santé certes associés à l'âge adulte, mais dont le germe est souvent planté au cours des premières années de la vie.

Heureusement, il est possible d'atténuer plusieurs des effets du stress toxique, et la solution n'est pas une question de médicaments coûteux ou de traitements médicaux complexes. Il s'agit plutôt, en ce qui concerne les parents, de fournir du soutien. Soutenir les parents par le biais de maisons d'hébergement pour les femmes, d'allègements fiscaux et de meilleurs services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale permet d'aider deux générations à la fois, soit les parents et leurs enfants.

En ce qui concerne les enfants, il s'agit d'apporter du soutien au rôle parental. La même étude qui a établi un lien entre le stress parental et des capacités cognitives moindres chez l'enfant a également montré que ce problème peut être complètement renversé, pourvu que l'enfant reçoive une attention aimante et constante d'au moins un parent ou parent-substitut. Les relations d'interaction, c'est-à-dire caractérisées par des échanges attentifs et bienveillants entre l'enfant et des adultes, ont un puissant effet de guérison.

Bien que les mécanismes en cause ne soient pas encore très bien compris, nous croyons qu'une relation d'interaction et de sollicitude entre l'enfant et ses parents agit sur le premier comme un système de filtration du stress dont l'effet est d'amoindrir la sécrétion de fortes doses de cortisol qu'un jeune corps n'est pas en mesure de gérer adéquatement. Une relation saine permet ainsi de rééquilibrer le corps de l'enfant et d'empêcher une surproduction de cortisol.

Il semble donc que le soutien puisse être l'élément déterminant entre la perpétuation ou

l'interruption du cycle de la violence.

Si nous souhaitons mettre fin à la violence, éliminer la pauvreté et contribuer à résoudre les problèmes les plus épineux de notre société, la meilleure façon de s'y prendre est de commencer par le début : la période prénatale et la petite enfance. Également, il ne faut pas oublier les parents qui élèvent les enfants; nous devons leur offrir du soutien, en particulier à ceux qui vivent d'importants stress. Nous avons tous avantage à protéger et à soutenir les familles avec enfants afin de tous leur donner le meilleur départ possible.

Nicole Letourneau est experte-conseil à EvidenceNetwork.ca. Professeure aux facultés des sciences infirmières et de médecine de l'Université de Calgary, elle est également titulaire de la chaire de la Fondation Norlien/Hôpital pour enfants de l'Alberta en santé mentale des parents-enfants de la même université. Justin Joschko est un rédacteur indépendant résidant à Ottawa. Ils sont coauteurs du livre Scientific Parenting, publié récemment par Dundurn Press.

(avril 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Dads important to baby's development

NICOLE LETOURNEAU AND GERALD GIESBRECHT

It's no secret that dads are important, and that their role as caregivers has, for many families, broadened in the last 50 years. But there's one period of our development where dads tend to take a back seat — the first nine months, to be precise.

While still in the womb, babies are generally considered the mother's domain first and foremost. Fathers are often relegated a small supporting role: they help around the house, maybe massage mom's aching back, and cater to cravings, but ultimately they're seen as just another observer. However, a growing body of research shows us that fathers can have a much deeper influence on their children in utero than previously expected.

Recently, we and several researchers conducted a [study](#) examining what effect support from spouses had on pregnant mothers' responses to stress. To do this, we asked participating mothers a series of questions assessing the support they get from their husbands/partners: how much of it, how easily they provided it and how effective it was at getting them through life's challenges.

Next, we collected a series of saliva samples from mothers at various times of day. These samples provide a relatively non-intrusive way to measure levels of cortisol, a hormone generated by the body in times of stress. During collection periods, mothers answered more questions, these ones assessing their level of psychological distress, defined as feelings of anger, anxiety, depression or fatigue.

Through our data, we observed the relationship between the stress hormone cortisol and psychological distress. Sure enough, when mothers were distressed, their samples showed higher levels of cortisol — but only if they also scored low on measures of support from their partners. Moms with supportive spouses showed consistently low

“IN SUSTAINED DOSES, THE STRESS HORMONE CORTISOL CAN WEAKEN CHILDREN'S DEVELOPING BRAIN ARCHITECTURE. IF LEFT UNCHECKED, IT CAN LEAD TO ALL KINDS OF PSYCHOLOGICAL, EMOTIONAL AND EVEN PHYSICAL PROBLEMS, MANY OF WHICH LINGER INTO ADULTHOOD.”

Nicole Letourneau, Professor in the Faculties of Nursing and Medicine and the Norlien/Alberta Children's Hospital Foundation Chair in Parent-Infant Mental Health at the University of Calgary and Gerry Giesbrecht, assistant Professor of Psychology, Department of Pediatrics, University of Calgary

Evidence
Network
.ca

cortisol levels, regardless of how upset they may have been when the sample was taken. Fathers didn't stop mothers from feeling upset or anxious from time to time, but their support directly affected how their partners' bodies reacted to and dealt with that anxiety. At first glance, this might not seem like a big deal. If you still feel the distress, what difference does the presence of a few natural chemicals make? To your baby, a great deal indeed.

In sustained doses, cortisol can weaken children's developing brain architecture. Brains are like houses: their upper storeys — the reasoning and cognitive skills — can only stand when the foundation beneath them is solid. Cortisol, if left unchecked, erodes this foundation, and can lead to all kinds of psychological, emotional and even physical problems, many of which linger into adulthood.

More troubling still, the mechanism that controls the flow of cortisol in our bodies — the stress response system — doesn't fully develop until a few years after we're born. Until that time, parents are responsible for modulating their children's stress levels, making dad's role all the more important.

And of course, support doesn't come from fathers alone. Though our study looked at fathers specifically, we expect that same-sex partners play an identical role in supporting pre-natal development. Furthermore, moms, siblings, parents, friends and extended family can all help bolster mothers in times of stress. We are social beings by nature, and all of us, whether consciously or not, have a hand in raising each other's children.

As we contemplate the support and guidance our fathers have given us throughout our lives, it might be worth thinking a bit farther back than we normally do where dads are concerned — farther back, indeed, than we can even remember.

Nicole Letourneau is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor in the faculties of Nursing and Medicine. She also holds the Norlien/ Alberta Children's Hospital Foundation Chair in Parent-Infant Mental Health at the University of Calgary.

Gerry Giesbrecht is an assistant professor of psychology in the Department of Pediatrics at the University of Calgary and lead author of the study published in Psychosomatic Medicine.

(May 2014)

A version of this commentary appeared in the *Miramichi Leader*, the *Huffington Post* and *Epoch Times*.

Le père compte dans la vie d'une mère et contribue au développement de sa progéniture

NICOLE LETOURNEAU ET GERALD GIESBRECHT

Nul n'ignore l'importance du père et le fait que dans nombre de familles, le rôle de ce parent comme pourvoyeur de soins s'est élargi dans les cinquante dernières années. Cependant, les neuf premiers mois de vie d'un enfant constitue une étape au cours de laquelle les pères sont souvent relégués à l'arrière-plan.

Lorsqu'il est dans l'utérus, un enfant est généralement considéré comme d'abord et avant tout du domaine de la mère. Le père occupe fréquemment un modeste rôle de soutien. Il aide à l'entretien du foyer, masse parfois le dos endolori de maman, répond aux fringales alimentaires de cette dernière. Mais en dernier ressort, il est perçu comme un simple observateur. Par ailleurs, un nombre croissant de recherches révèlent que les pères peuvent exercer une influence importante sur leur progéniture pendant la période de gestation, contrairement aux croyances antérieures.

En collaboration avec d'autres chercheurs, nous avons récemment étudié l'effet général du soutien d'un partenaire sur la réaction des femmes enceintes dans les moments de stress (en anglais). Pour ce faire, nous avons posé aux mères participantes une série de questions dans le but d'évaluer le soutien qu'elles recevaient de leur conjoint/partenaire, des questions sur la fréquence, la disponibilité et l'impact de ce soutien sur leur capacité à surmonter les obstacles de la vie.

Nous avons ensuite prélevé chez les mères des échantillons de salive à divers moments de la journée. Cette approche constituait un moyen relativement non intrusif pour mesurer les taux de cortisol, une hormone produite par le corps en situation de stress.



Pendant les prises d'échantillons, les mères étaient soumises à d'autres questions en vue d'évaluer leur niveau de détresse psychologique, notamment les sentiments de colère, d'anxiété, de dépression ou de fatigue.

Nos données ont révélé la présence d'un lien entre le cortisol, hormone du stress, et la détresse psychologique. Assurément, lorsque les mères vivaient du stress, leurs échantillons contenaient des taux de cortisol plus élevés, mais seulement si leurs scores indiquaient qu'elles recevaient peu de soutien de leur partenaire. Les mères qui bénéficiaient du soutien de leur conjoint affichaient de façon continue de faibles taux de cortisol, peu importe l'état de bouleversement dans lequel elles étaient au moment de la prise d'échantillon.

Les pères ne pouvaient empêcher les mères de vivre de temps à autres des états de bouleversement et d'anxiété, mais leur soutien influait directement sur la façon dont le corps de leur partenaire réagissait et composait avec le sentiment d'anxiété. À première vue, cela peut sembler sans importance. Si la mère vit tout de même des états de stress, en quoi la production de quelques substances chimiques naturelles peut-elle être importante? Dans les faits, cela a une très grande importance, pour le bébé.

En doses soutenues, le cortisol peut perturber le développement de l'architecture du cerveau d'un enfant. Le cerveau est comme une maison. Les étages supérieurs, soit les capacités de raisonnement et les habiletés cognitives, ne peuvent s'ériger que si l'assise de la structure est solide. Or, s'il n'est pas contrôlé, le cortisol use l'assise, ce qui peut provoquer un éventail de problèmes psychologiques, émotionnels et même physiques, dont bon nombre peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte.

Plus troublant encore, les mécanismes qui contrôlent le débit de cortisol dans le corps, le système de réaction du corps au stress, ne se développent que quelques années après la naissance. Avant la mise en place de ce système, les parents doivent veiller à moduler eux-mêmes le niveau de stress de leur enfant, et papa joue un rôle important dans ce processus.

Évidemment, les pères ne sont pas les seuls à dispenser un soutien. Notre étude portait particulièrement sur les pères, mais nous pensons que les partenaires de même sexe jouent un rôle identique pour ce qui est du soutien au développement dans la période prénatale. De plus, les mères, la fratrie, les parents, les amis et la famille élargie peuvent tous aider maman dans les moments de stress. Nous sommes des êtres sociaux de nature et nous jouons tous, consciemment ou non, un rôle dans l'éducation des enfants de notre collectivité.

Lorsque nous réfléchissons au soutien et à l'encadrement que notre père nous a donné au fil de notre vie, un retour dans le temps, un peu plus loin que d'habitude, au-delà même de notre mémoire consciente, pourrait s'avérer une démarche intéressante.

Nicole Letourneau est experte-conseil à EvidenceNetwork.ca. Professeure aux facultés des sciences

infirmières et de médecine de l'Université de Calgary, elle est également titulaire de la chaire de la Fondation Norlien/Hôpital pour enfants de l'Alberta en santé mentale des parents-enfants de la même université.

Gerry Giesbrecht est professeur adjoint de psychologie au département de Pédiatrie à l'Université de Calgary et le principal auteur de l'étude publiée dans la revue Psychosomatic Medicine.

(mai 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Why you can't see a psychiatrist

And why adding more psychiatrists to the mental health system may not be the answer

PAUL KURDYAK AND DAVID GOLDBLOOM

We are talking openly about mental illnesses and addictions now more than ever — and that's a good thing. Efforts to address the stigma associated with mental illnesses have made it easier for people who have been suffering in silence to seek help. We have witnessed this first-hand at the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) in Toronto where we work. As a result of a campaign to raise awareness about mental illnesses in general, and CAMH's services in particular, the number of people seeking help in both our Emergency Department and outpatient clinics has dramatically increased.

But it's not all good news. We continue to witness public tragedies involving untreated mental illness — often with horrible repercussions for the individual, their families and the communities where they live. While talk of reducing the stigma of mental illness seems to be everywhere in the media these days, there has been far less public discussion about how difficult it is to access services for mental health.

What the anti-stigma campaigns gloss over is that demand for mental health services already outstrips supply — and that this demand, for psychiatrists in particular, will only grow as barriers to acknowledging mental illnesses diminish. The problem of demand has led many to con-

clude that there are simply not enough psychiatrists, and that increasing the supply of psychiatrists will improve access — problem solved. Unfortunately, it's not that simple.

In a recent [study](#) published in *Open Medicine*, we explore the relationship between regional psychiatrist supply and access to care in Ontario. The idea for this project came from two related facts. First, there are a lot of psychiatrists in Ontario and quite a few



of them are concentrated in the two largest cities, Toronto and Ottawa. Second, finding a psychiatrist to accept new patients does not seem to be any easier in Toronto — with a large supply of psychiatrists and a lower patient to psychiatrist ratio — than in regions with far fewer psychiatrists and a higher patient to psychiatrist ratio.

What we found, in fact, was that as the supply of psychiatrists increased, the total number of patients that each psychiatrist saw decreased. When supply is plentiful, psychiatrists opt for maintaining smaller practices of patients who are seen more frequently. Full-time Toronto psychiatrists, on average, saw half as many outpatients and half as many new outpatients per year compared to psychiatrists in regions with fewer psychiatrists. To put this in perspective, 40 per cent of Toronto-based psychiatrists saw fewer than 100 unique patients per year (and 10 per cent saw fewer than 40 patients), whereas only 10 per cent of psychiatrists in the lowest supply regions saw fewer than 100 patients per year.

It's difficult to explain why this is happening, but the current provincial fee schedule pays for ongoing psychotherapy with no limits on visit frequency or duration of follow-up, and with no definition of illness severity or complexity — so it certainly plays a role. Such a fee schedule permits psychiatrists to tailor their practices in a way that suits their preferences, but does not necessarily align with greatest public need.

Other countries, such as the United States, Britain and Australia, have changed the role of the psychiatrist in their mental health systems. In these countries, psychiatrists provide diagnostic assessments and treatment recommendations; other mental health professionals such as psychologists and social workers provide psychotherapy and other front-line treatment. The most extreme — and contentious — example of this role shift is within U.S. Health Maintenance Organizations (HMOs), where psychiatrists are limited to rapid, high-volume psychiatric drug consultations.

The critical question is this: In a publicly funded system, how should psychiatrists' roles be defined in order to provide as much specialist care to as many high-needs individuals as possible in the most cost-effective way? Because psychiatrists appear to be organized in a far less than systematic fashion within Ontario's mental health system, there is a fairly steady level of unmet need no matter how many psychiatrists practice in a region.

Instead of calling for more psychiatrists, we need to clarify the role of a psychiatrist in a publicly funded system to ensure that access to specialist care is equitable and based on need. Changing the fee schedule has changed the way psychiatrists practice in other countries, and will likely do the same in Ontario. But, defining the role of the psychiatrist with a view to maximizing equitable access is central to what we have observed, and will require input from psychiatrists, their professional bodies, and the many people who need their services.

Paul Kurdyak is a psychiatrist and clinician scientist at the Centre for Addiction and Mental Health

(CAMH), lead of the Mental Health and Addiction Research Program at the Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), and expert advisor with EvidenceNetwork.ca. David Goldbloom is a psychiatrist and senior medical advisor at CAMH and chair of the Mental Health Commission of Canada.

(June 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Huffington Post* and the *Miramichi Leader*.

Enjoy some digital family time together

No negative behaviour associated with kids' use of video games in households with strong parent-child bond

NICOLE LETOURNEAU AND JUSTIN JOSCHKO

We live in a digital age. Technology has become an integral part of how we see, learn about and interact with the world. From computers at the office, to televisions at home, to smartphones on the bus or in the grocery line, many of us spend over half of our waking lives in front of a screen.

Naturally, some of us have begun to worry about the effects this may have on our mental and physical well-being, and this concern reaches a fever pitch when it comes to our children. A number of unsettling studies have associated excessive screen time in kids with numerous adverse conditions, including ADHD, obesity and depression.

But despite our fretting, technology isn't going away, and simply cloistering our children from it is neither beneficial nor practical. To succeed in the modern world, children will need to embrace technology without being consumed by it. And the difference between these two fates lies in the hands of parents.

When children interact with their caregivers, they foster what's called a serve and return relationship — baby serves up a smile, mom returns it with one of her own. This intellectual give-and-take not only helps build and strengthen synapses — the connections between brain cells vital to complex thought — but also mediates the production of cortisol, a stress hormone that is important to our survival but highly damaging in high doses. And since children's stress response systems haven't yet fully developed, toxic levels of cortisol are a real problem.

Prolonged exposure to cortisol in childhood is linked to a number of intellectual and behavioural problems, many of which linger into adulthood. Tapping away in their bedrooms, children may very well be experiencing a kind of happy neglect, gleefully surfing or gaming while their lower minds struggle to process the endless stream of informa-



tion pouring into them.

But an important distinction must be made: when it comes to feeding hungry brains, tablets and laptops aren't inherently toxic. [A recent study](#) found that video games can disrupt children's social and academic lives but that this effect was entirely mitigated by a strong parent-child relationship. In households where this bond was strong, the pathologies associated with video game use — poor grades, anti-social behaviour and the like — simply didn't occur. What's more, setting restrictions on children's video game habits had no significant effect on behaviours.

While we don't take these findings as an excuse to let children run wild with their console of choice (nor, we presume, do the study's authors), we do feel that they highlight an important and often overlooked point: technology is neither good nor bad. It's what we make of it that matters. If children grow up in a loving, supportive home, a few hours spent playing Call of Duty isn't going to warp their minds.

In fact, computers, tablets and even video games can be a great way for parents and children to bond. So if you're a parent, read up on your child's favourite topics on the Internet. Watch TV together and talk about what you've seen during the commercials. Play Angry Birds or Draw Something or Fruit Ninja. Whatever you do, make it interactive, and make sure you and your children do it together.

By putting aside this shared computer time, parents can give their children the chance to develop the full range of skills — technical and social — they'll need to succeed in our digital age. Parents can also help ensure children don't overload themselves on screen time and buffer the flow of stress chemicals in their overstimulated systems.

Unsupervised use of technology becomes less of an issue as children grow, since they'll develop a greater capacity for time management and an ability to moderate their own stress response systems. But online or off, it never hurts to spend a little more time together. So parents are advised to pick up the tablet, plug in the computer, grab the controller and enjoy some digital family time together.

As a parent, you might teach your kids something. And considering how quickly they adapt to new technology, they'll probably teach you something, too.

[Nicole Letourneau](#) is an expert advisor with [EvidenceNetwork.ca](#) and a professor in the faculties of Nursing and Medicine. She also holds the Norlien/ Alberta Children's Hospital Foundation Chair in Parent-Infant Mental Health at the University of Calgary.

*Justin Joschko is a freelance writer currently residing in Ottawa. Their co-authored book, *Scientific Parenting*, was published in 2013 by Dundurn Press.*

(August 2014)

A version of this commentary appeared in the *Waterloo Region Record*, the *Hamilton Spectator* and the *Victoria Times Colonist*.

Le numérique et la vie de famille sont compatibles

Dans les ménages où le lien parent enfant est solide, le fait que les enfants jouent à des jeux vidéo à la maison n'est associé à aucun comportement négatif

NICOLE LETOURNEAU ET JUSTIN JOSCHKO

Nous vivons à l'ère numérique. La technologie est devenue une partie intégrante de la façon dont nous voyons le monde, apprenons à le connaître et interagissons avec lui. De la télévision à la maison, à l'ordinateur au bureau et au téléphone intelligent dans l'autobus ou à l'épicerie, bon nombre d'entre nous passent plus de la moitié de leur temps éveillé les yeux rivés sur un écran.

Évidemment, certains ont commencé à s'inquiéter des répercussions possibles de ce phénomène sur le bien-être mental et physique, et cette préoccupation est portée à son paroxysme dès qu'il est question des effets sur les enfants. Aussi un certain nombre d'études troublantes ont-elles associé le fait de passer un temps excessif devant un écran à de nombreux effets défavorables chez les enfants, dont le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, l'obésité et la dépression.

En dépit de cette inquiétude, la technologie ne va pas disparaître, et cloîtrer les enfants dans un environnement sans technologie n'est pas une solution : cela n'est ni souhaitable ni réaliste. Pour connaître le succès dans le monde moderne, les enfants doivent savoir utiliser la technologie sans toutefois se laisser avaler par elle, et leur sort à cet égard repose entre les mains de leurs parents.

Interagir avec les personnes qui prennent soin d'eux favorise chez les enfants le développement d'une relation d'interaction et de sollicitude : le bébé offre un sourire, et la mère lui offre son propre sourire en retour. Ce rapport intellectuel donnant-donnant n'a



pas simplement pour effet de développer et de renforcer les synapses — ces connexions neuronales essentielles à la pensée complexe —, mais a également une influence sur la production du cortisol, une hormone de stress qui joue un rôle important dans notre survie, mais qui est nuisible à forte dose. Et comme le système de réaction des enfants au stress n'est pas pleinement développé, la présence chez eux de niveaux toxiques de cortisol constitue un véritable problème.

Une exposition prolongée au cortisol pendant l'enfance est associée à un éventail de problèmes intellectuels et comportementaux, dont bon nombre persistent à l'âge adulte. Tapis dans leur chambre à pianoter sur un appareil électronique, les enfants peuvent fort bien vivre une expérience de négligence heureuse tandis qu'ils surfent ou jouent avec entrain et que leurs processus mentaux inférieurs traitent le flot incessant d'informations inondant leur cerveau.

Mais une distinction importante s'impose ici : quand il s'agit d'alimenter des cerveaux affamés, les tablettes et les portables ne sont pas intrinsèquement toxiques. Une étude récente a révélé que les jeux vidéo peuvent perturber la vie sociale et scolaire des enfants, mais que cet effet est annihilé par un lien parent enfant solide. Dans les ménages où un tel lien existe, les pathologies associées aux jeux vidéo (mauvais résultats scolaires, comportements antisociaux, etc.) n'étaient tout simplement pas présentes. Qui plus est, l'imposition de restrictions sur les habitudes des enfants en matière de jeux vidéo n'a pas d'effet significatif sur les comportements.

Bien que nous ne considérons pas que ces résultats justifient qu'on laisse les enfants utiliser à tout va leur console de jeu préférée (pas plus que les auteurs de l'étude, présumons-nous), nous estimons qu'ils mettent en évidence un élément important qui souvent est passé sous silence, à savoir que la technologie n'est ni bonne ni mauvaise. C'est ce qu'on en fait qui importe. Si les enfants grandissent dans un foyer aimant et bienveillant, le fait de passer quelques heures à jouer à *Call of Duty* ne va pas nuire à leur esprit.

En fait, les ordinateurs, les tablettes et même les jeux vidéo peuvent être un excellent moyen pour les parents et les enfants de se rapprocher. Si vous êtes un parent, lisez sur les sujets préférés de votre enfant sur Internet. Regardez la télévision avec lui et profitez des pauses publicitaires pour discuter avec lui de ce que vous venez de voir. Jouez à *Angry Birds* ou à *Draw Something* ou encore à *Fruit Ninja*. Et quoi que vous choisissiez, faites en sorte de vivre une expérience interactive et assurez-vous que vous et votre enfant vivez cette expérience ensemble.

En prévoyant du temps à passer à l'ordinateur avec les enfants, les parents peuvent donner à ces derniers l'occasion de développer l'ensemble des compétences — techniques et sociales — dont ils ont besoin pour connaître le succès à notre ère numérique. Ils peuvent aussi veiller à ce que les enfants ne passent pas un nombre excessif d'heures devant un écran, et atténuer le taux d'hormones de stress dans leurs systèmes surexcités.

L'utilisation non supervisée des outils technologiques devient un enjeu moins important à mesure que les enfants vieillissent, puisqu'ils deviennent plus capables de gérer leur temps et qu'ils acquièrent la capacité de contrôler leurs propres systèmes de réaction au stress. Mais que ce soit en ligne ou hors ligne, il n'y a jamais de mal à passer plus de temps ensemble. Les parents ont donc intérêt à prendre leur tablette, à s'attabler à l'ordinateur ou à saisir la manette et à passer du bon temps numérique en famille.

Comme parent, vous pourriez enseigner des choses à vos enfants. Et, à voir comment ils s'adaptent rapidement aux nouvelles technologies, on peut parier qu'ils auront eux aussi des choses à vous montrer.

Nicole Letourneau est experte-conseil à EvidenceNetwork.ca. Professeure aux facultés des sciences infirmières et de médecine de l'Université de Calgary, elle est également titulaire de la chaire de la Fondation Norlien/Hôpital pour enfants de l'Alberta en santé mentale des parents-enfants de la même université.

Justin Joschko est un rédacteur indépendant résidant à Ottawa. Leur ouvrage commun, Scientific Parenting, a été publié par Dundurn Press.

(août 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

What I've learned after a decade of researching suicide

JITENDER SAREEN

The death of comedian Robin Williams last month sparked a worldwide discussion about suicide, its underlying causes and how it might be prevented. The subject is certain to generate more debate as people seek to understand this important health issue.


Having spent 10 years researching the subject while working as a professor of psychiatry, I believe there are things we can do as a community to tackle this problem. With that in mind, I thought it might be helpful to reflect on what researchers have learned over the years about strategies for preventing suicide.

First, it is important to understand suicide, like other medical conditions such as cancer and heart disease, is complex. There is no singular cause of suicide. People who attempt or die by suicide often have stories of adverse childhood experiences, onset of depression, anxiety, substance use problems, loss of social support, financial stress, medical problems and impulsive/aggressive personality style. Our work in First Nations communities has also demonstrated the importance of loss of culture, residential school trauma and racism as a risk for suicide behaviour.

Yet, the majority of people who experience many of these issues do not die by suicide or attempt suicide. Why does one person attempt suicide while another person with the same stressor does not? This question remains unanswered.

Generally speaking, most suicide prevention programs take a broad public-health approach with a view to reducing everyone's risk for suicide.

For example, increasing awareness of suicide and the importance of getting appropriate treatment to reduce suicidal behaviour is an important goal of World Suicide Prevention Day. Other promising community level initiatives include positive-parenting pro-



**THERE IS A STRONG ADVERSE
RELATIONSHIP BETWEEN NEGATIVE
CHILDHOOD EXPERIENCES (SEXUAL
ABUSE, PHYSICAL ABUSE) AND
SUICIDAL BEHAVIOUR. THIS IS WHY
POSITIVE-PARENTING PROGRAMS,
AND CULTURALLY GROUNDED
INTERVENTIONS TO IMPROVE
PARENT-CHILD RELATIONSHIPS
ARE SO IMPORTANT.**

Jitender Sareen, Professor of Psychiatry,
University of Manitoba and team leader of the
Manitoba Population Mental Health Research Group

Evidence
Network
.ca

grams and school-based programs such as the Good Behaviour Game, which involves teams of students competing for points based on how they act in class.

Reducing access to lethal means such as firearms, pesticides, carbon monoxide and quantities of medications has been shown to be associated with reduced suicide. Fifteen years ago, the United Kingdom moved to limit acetaminophen to 28 tablets per bottle. Since then, there has been a reduction in overdose death related to acetaminophen in the U.K., without a commiserate increase in suicide with another method. In Manitoba, researchers are examining whether similar action may reduce the risk of suicide and unintentional overdose deaths in this province.

There is a strong adverse relationship between childhood experiences (sexual abuse, physical abuse) and suicidal behaviour. Thus, positive-parenting programs, and culturally-grounded interventions to improve parent-child relationships are important.

Families bereaved by suicide often struggle with guilt, anxiety and depression. Interventions to help families cope with family members who are struggling with suicidal behaviour are required. I have always been surprised that a public health nurse comes to the new mother's home to ensure that the mom and baby are doing well. But when there is a suicide in a family, there is no outreach to see how the family is doing after this awful event. We are considering pilot testing the utility of such an outreach program.

At the individual level, the period of highest risk for suicide is during the first six months after the onset of a physical or mental illness. Increasing access to crisis services and evidence-based treatments for depression, anxiety, psychosis and substance use disorders have shown to be associated with reductions in suicide. There is strong evidence improving primary-care physician education in the assessment and treatment of depression reduces suicide. Specialized mental-health teams that focus on mental-health problems and addictions are extremely important in suicide prevention.

In short, there is rapid advancement in the knowledge of suicide prevention and there is a need for an evaluation of promising new programs for suicide prevention.

Dr. Jitender Sareen is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, professor of psychiatry at the University of Manitoba and team leader of the Manitoba Population Mental Health Research Group.

(August 2014)

A version of this commentary appeared in the *Winnipeg Free Press*, the *Hamilton Spectator* and the *Belleville Intelligencer*.

La prévention du suicide : un travail conjoint à l'échelle des communautés

JITENDER SAREEN

Le décès du comédien Robin Williams survenu le mois dernier a déclenché à l'échelle mondiale une discussion sur le suicide, ses causes sous-jacentes et sa prévention.

Les débats seront donc nombreux le 10 septembre, à l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide, puisque les gens souhaitent comprendre la nature de ce problème touchant la santé.

Dans le cadre de mon travail comme professeur en psychiatrie, je fais de la recherche sur le sujet depuis 10 ans et j'estime que la collectivité peut intervenir pour contrer ce fléau. Dans cette perspective, il serait utile de réfléchir sur les connaissances que les chercheurs ont acquises au cours des années en matière de stratégies de prévention du suicide.

D'abord, il importe de comprendre le fait que le suicide, tout comme d'autres problèmes de santé tels le cancer ou les maladies du cœur, est une affaire complexe. Il n'est pas causé par un seul facteur. Les gens qui tentent de se suicider ou qui en meurent ont souvent vécu des expériences douloureuses pendant l'enfance, des dépressions, de l'anxiété, des problèmes de toxicomanie, la perte de soutien social, des difficultés financières, des problèmes de santé, des troubles d'impulsivité/d'agressivité. Le travail que nous avons fait au sein des communautés

des Premières Nations a également démontré que la perte de culture, les traumatismes liés aux pensionnats et le racisme augmentent le risque de comportements suicidaires.

Toutefois, la plupart des gens qui ont vécu plusieurs de ces problématiques ne tentent pas de se suicider ou ne meurent pas par suicide. Pourquoi une personne tente de se suicider alors qu'une autre qui est aux prises avec les mêmes facteurs de stress ne pose pas ce geste ? La question demeure sans réponse.

“ IL EXISTE ASSURÉMENT UN LIEN ENTRE DES EXPÉRIENCES NÉFASTES VÉCUES DANS L'ENFANCE (AGRESSIONS SEXUELLES ET PHYSIQUES) ET LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES. LES PROGRAMMES DE PARENTALITÉ RESPONSABLE ET LES INTERVENTIONS CULTURELLEMENT ADAPTÉES VISANT À AMÉLIORER LES LIENS ENTRE PARENTS ET ENFANTS ONT DONC LEUR PLACE. ”

Dr Jitender Sareen, professeur en psychiatrie à l'Université du Manitoba
et chef d'équipe pour le Manitoba Population Mental Health Research
Group [groupe de recherche du Manitoba en matière de santé mentale]

Evidence
Network
.ca

En général, la plupart des programmes de prévention du suicide adoptent une approche de santé publique globale, l'intention étant de cibler l'ensemble de la population.

Par exemple, la Journée mondiale de prévention du suicide a pour principal objectif de sensibiliser les gens à la question du suicide et à l'importance d'obtenir des soins adéquats pour réduire les comportements suicidaires. D'autres initiatives communautaires misent sur des programmes de parentalité responsable et des programmes de sensibilisation dans les écoles, comme le jeu des bons comportements selon lequel des équipes d'élèves rivalisent pour obtenir des points octroyés en fonction de leurs comportements en classe.

Il a été démontré que la réduction de l'accès à des moyens pouvant donner la mort, comme les armes à feu, les pesticides, le monoxyde de carbone et de grandes quantités de médicaments, a réduit le taux de suicide. Il y a quinze ans, le Royaume-Uni a légiféré pour limiter à 28 le nombre de comprimés d'acétaminophène contenu dans une bouteille. Depuis, le taux de décès causés par une surdose d'acétaminophène au Royaume-Uni a diminué, sans pour autant que le taux de suicide par d'autres moyens n'ait augmenté. Au Manitoba, des chercheurs évaluent si une telle mesure réduirait le risque de suicide et de décès par surdose involontaire dans la province.

Il existe assurément un lien entre des expériences néfastes vécues dans l'enfance (agressions sexuelles et physiques) et les comportements suicidaires. Les programmes de parentalité responsable et les interventions culturellement adaptées visant à améliorer les liens entre parents et enfants ont donc leur place.

Les familles endeuillées par le suicide sont souvent aux prises avec des sentiments de culpabilité, d'anxiété et de dépression. Dans le cas des familles dont l'un des membres a des comportements suicidaires, des interventions s'avèrent nécessaires.

J'ai toujours été étonné de voir que les infirmières en santé publique visitent les nouvelles mamans à leur domicile pour s'assurer qu'elles et leur bébé se portent bien. Par ailleurs, lorsqu'une famille est frappée par le suicide, aucun soutien ne lui est proposé pour l'accompagner à la suite du drame. Nous envisageons donc la possibilité de créer un projet-pilote pour évaluer la pertinence d'un programme d'approche.

Un individu atteint d'un trouble physique ou mental risque davantage de se suicider pendant les premiers six mois de la maladie. Il a été démontré qu'une amélioration de l'accès à des services de crise et à des traitements fondés sur des données probantes pour contrer la dépression, l'anxiété, la psychose et les troubles de consommation de substances a un effet sur la diminution des taux de suicide. Des données probantes et fiables démontrent aussi que l'amélioration de la formation donnée aux médecins de premier recours portant sur l'évaluation et le traitement de la dépression réduit le nombre de suicides. Les équipes spécialisées en santé mentale qui se concentrent sur les problèmes de santé mentale et les dépendances jouent un rôle très important dans la

prévention du suicide.

Bref, nous acquérons de plus en plus de connaissances dans le domaine de la prévention du suicide. Il nous faut maintenant procéder à une évaluation des nouveaux programmes prometteurs.

Le Dr Jitender Sareen est conseiller-expert associé au réseau EvidenceNetwork.ca, professeur en psychiatrie à l'Université du Manitoba et chef d'équipe pour le Manitoba Population Mental Health Research Group [groupe de recherche du Manitoba en matière de santé mentale].

(août 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Media coverage of youth suicide linked to increased emergency room visits for mental health distress

Outreach efforts following high profile suicides can save lives

STEPHANIE L. LEON AND MARIO CAPPELLI

In the last few years, two high profile youth suicides in the Ottawa region garnered tremendous media attention and, as a new study suggests, resulted in increased emergency room visits by youth for mental health distress.

First was the suicide of Daron Richardson in 2010, the daughter of Ottawa Senators assistant coach and NHL player, Luke Richardson. Many friends, her own hockey teammates and family members were interviewed by the media and her memorial received extensive media coverage. School friends launched the Do It for Daron challenge, which became the well-known DIFD Foundation — a youth-driven initiative focused on raising awareness about youth mental health.

The community was then hit with another tragedy: Jamie Hubley, son of Ottawa city councillor Allan Hubley, died by suicide in 2011. His death also received extensive media coverage and his parents openly discussed his suicide with the media.

What was the impact of such pronounced media attention?

Our recent study published in *Health-care Policy* looked at the number of youths visiting the emergency room 14, 28 and 90 days following these two highly publicized suicides. The study was completed at the Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) Research Institute in Ottawa, and investigated 6,700 youth visits to the emergency room between 2007 and 2012. We found that there was a significant increase in the number of mental health visits to the local pediatric emergency department (CHEO) 28 and 90 days after Daron and Jamie's suicides compared to the same time in previous years.

But what at first sounds like an alarming link may serve as an important positive lesson.



While our study found that there was a significant increase in the number mental health visits to the local pediatric emergency department following these two publicized suicides, we found no differences in terms of the severity of mental health symptoms or suicidal status of the visits. This suggests that the media attention may have created a higher awareness of mental health issues in the community but not more suicidal thoughts.

In other words, the right kind of media attention may actually play a positive role in increasing mental health awareness and help-seeking behaviour.

Two phenomena are frequently used to describe the association between suicidal behaviour and media exposure: the Werther effect and the Papageno effect. The Werther effect has been well established by research and describes the increase of suicides following media attention of a suicide. Suicide clusters are more frequent in teens and young adults and suicide risk increases with the number of shared characteristics with the victim, as well as the popularity of the suicide victim.

For this reason, numerous countries have voluntary reporting guidelines to decrease the potentially negative effect of media attention surrounding suicides. In Canada, the guidelines urge the media to avoid perpetuating the myth that suicide is unexplainable, identification with the victim through the use of pictures, descriptions of method and location, front page coverage and sensational headlines.

Conversely, the Papageno effect occurs when the media has a suicide-preventing influence. For example, one study determined that the suicide of Kurt Cobain, lead singer and guitarist of Nirvana, did not yield the expected Werther effect. On the contrary, the number of suicides one week following Cobain's death decreased compared to the same week in the year prior and the year following. Some have hypothesized this was because crisis community outreach interventions were put in place immediately, and the media coverage focused on providing contact details for crisis centres.

Other studies have shown that news blackouts, reductions in the quantity of reporting on suicide and improvements in the quality of media coverage are successful in preventing spikes in suicides.

So what can we learn from these important examples?

Media reporting of suicide does not necessarily have negative consequences — it all depends on the quality of the coverage. Media reports of Richardson and Hubley's suicides were, on the whole, careful, thoughtful and accompanied by a list of resources where youth in distress could get help. Those interviewed provided important suicide prevention information to families and educators — what signs to look for, where to go and what to do and how to get help.

It may also be important for communities to put in place immediate outreach interven-

tions for mental health crisis support following news coverage of youth suicides. Simply talking about suicide does not cause suicide — but accessing timely mental health supports and resources can be life-saving.

Stephanie L. Leon is a Ph.D. student in clinical psychology at the University of Ottawa and she is completing her doctoral thesis at the CHEO's Research Institute. Dr. Mario Cappelli is the director of psychiatric and mental health research at CHEO, Chair of the Research Action Committee of the Ottawa Community Suicide Prevention Network and a Clinical and Adjunct Professor in Psychology and Psychiatry at the University of Ottawa. They are both advisors to EvidenceNetwork.ca.

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Waterloo Region Record* and the *Huffington Post*.

Un lien est établi entre la couverture médiatique du suicide chez les jeunes et le nombre de visites à l'urgence pour des troubles de santé mentale

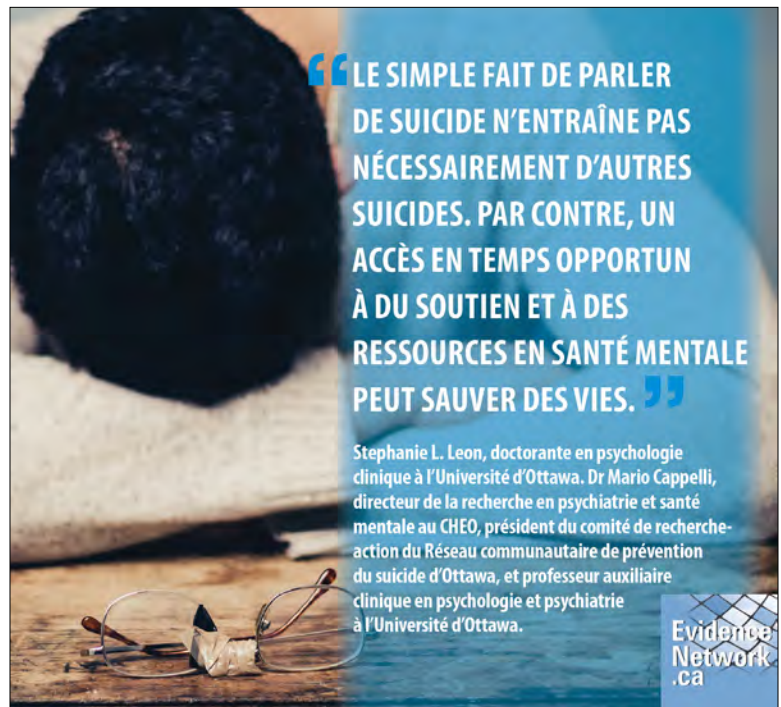
Le déploiement d'efforts de sensibilisation à la suite de suicides très médiatisés peut sauver des vies

STEPHANIE L. LEON AND MARIO CAPPELLI

Au cours des dernières années, deux suicides de jeunes dans la région d'Ottawa ont suscité beaucoup d'attention de la part des médias, ce qui a provoqué, selon une nouvelle étude, une augmentation du nombre de jeunes qui se rendent aux urgences pour des troubles de santé mentale.

Il y a eu d'abord le suicide de Daron Richardson en 2010, la fille de l'entraîneur-adjoint des Sénateurs d'Ottawa et joueur de la LNH Luke Richardson. Les médias ont interviewé nombre de ses amis, les membres de son équipe de hockey et les membres de sa famille, et sa cérémonie commémorative a été grandement couverte par les médias. Ses amis d'école ont lancé le défi Do It for Daron [Faites-le pour Daron], qui est devenu la fondation DIFD, une initiative bien connue et menée par des jeunes qui a pour mandat de sensibiliser la population sur la question de la santé mentale chez les jeunes.

Puis, une autre tragédie a frappé cette communauté. Jamie Hubley, le fils d'Allan Hubley, conseiller municipal à la Ville d'Ottawa, s'est suicidé en 2011. Sa mort a aussi fait l'objet d'une importante couverture médiatique et ses parents ont ouvertement parlé de son suicide avec les journalistes.



Quel a été l'impact de cette intense attention médiatique?

Notre étude, récemment publiée dans la revue *Politiques de santé*, porte sur le nombre de jeunes qui se sont rendus à l'urgence dans les 14, 28 et 90 jours suivant ces suicides fortement médiatisés. L'étude, menée à l'Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) à Ottawa, s'est penchée sur les 6700 cas de jeunes qui ont consulté à l'urgence entre 2007 et 2012. Nous avons relevé une augmentation importante du nombre de visites à l'urgence pédiatrique locale (CHEO) pour des troubles de santé mentale, dans les 28 et 90 jours qui ont suivi les suicides de Daron et Jamie, comparativement aux mêmes dates dans les années précédentes.

Cependant, ce lien, qui semble, de prime abord inquiétant, peut indiquer une tendance positive.

Bien que notre étude ait constaté une importante hausse du taux de visites à l'urgence pédiatrique locale pour des troubles de santé mentale à la suite de ces deux suicides médiatisés, nous n'avons observé aucune différence quant à la gravité des symptômes de maladie mentale ou des tendances suicidaires dans le cadre de ces consultations. Ceci suggère que l'attention médiatique a peut-être mis en lumière les problématiques de santé mentale au sein de la communauté sans pour autant que les jeunes ne pensent davantage au suicide.

En d'autres termes, une couverture médiatique appropriée peut en fait jouer un rôle positif. Elle peut contribuer à sensibiliser la population en matière de santé mentale et favoriser la capacité de demander de l'aide.

Le lien entre les comportements suicidaires et la couverture médiatique est souvent associé à deux concepts : l'effet Werther et l'effet Papageno. L'effet Werther, dont l'existence a été bien établie par la recherche, décrit l'augmentation du taux de suicides à la suite de la médiatisation d'une telle tragédie. Les épidémies de suicides sont plus fréquentes chez les adolescents et les jeunes adultes et le risque de suicide augmente selon le nombre de caractéristiques communes avec la victime ainsi que la renommée de cette dernière.

C'est la raison pour laquelle nombre de pays se sont dotés de lignes directrices volontaires en matière de signalement afin de diminuer les possibles effets négatifs découlant de l'attention médiatique à la suite de suicides. Au Canada, les lignes directrices invitent fortement les médias à ne pas perpétuer le mythe selon lequel le suicide serait inexplicable, de favoriser un sentiment d'identification avec la victime par la voie de photos, de descriptions du moyen utilisé et des lieux, de diffuser l'information en première page, et d'afficher des titres à sensation.

À l'inverse, l'effet Papageno se manifeste lorsque la médiatisation d'un suicide a un effet de prévention sur le nombre de suicides subséquents. Par exemple, une étude indique que le suicide de Kurt Cobain, chanteur principal et guitariste

du groupe Nirvana, n'a pas produit l'effet Werther attendu. Bien au contraire, le taux de suicides dans la semaine qui a suivi la mort de M. Cobain a diminué, comparativement au taux de suicides recensés à la même période dans les années qui ont précédé et suivi le suicide. Certains ont émis l'hypothèse selon laquelle les ressources de crises immédiatement mises en place à l'intention de la population et la couverture médiatique incluant de l'information sur les centres de crise avec lesquels les jeunes pouvaient communiquer auraient été clé.

D'autres études ont démontré que les embargos sur certaines nouvelles, la diminution du nombre de reportages portant sur le suicide et une amélioration de la qualité de la couverture médiatique contribuent à prévenir les épidémies de suicides.

Donc, quelle conclusion pouvons-nous tirer de ces excellents exemples?

La médiatisation des suicides n'entraîne pas nécessairement des effets négatifs. La qualité de la couverture a assurément un impact. Les reportages portant sur le suicide de Daron et de Jamie ont été faits, dans l'ensemble, avec délicatesse et de façon intelligente. Ils étaient aussi accompagnés d'une liste de ressources auxquelles les jeunes en détresse pouvaient s'adresser pour obtenir de l'aide. Les parents ont coopéré et étaient engagés et les personnes qui ont été questionnées ont offert de l'information pertinente sur la prévention du suicide à l'intention des familles et des enseignants, notamment les signes avant-coureurs, les ressources à contacter, les gestes à poser et l'aide à apporter.

Lorsque les médias rapportent le suicide d'un jeune, ce serait aussi important pour les communautés de mettre en place des ressources d'intervention d'urgence pour assurer la prestation d'un soutien aux jeunes qui sont aux prises de troubles de santé mentale. Le simple fait de parler de suicide n'entraîne pas nécessairement d'autres suicides. Par contre, un accès en temps opportun à du soutien et à des ressources en santé mentale peut sauver des vies.

Stephanie L. Leon est doctorante en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa. Elle parachève présentement son doctorat à l'Institut de recherche du CHEO. Le Dr Mario Cappelli est directeur de la recherche en psychiatrie et santé mentale au CHEO, président du comité de recherche-action du Réseau communautaire de prévention du suicide d'Ottawa, et professeur auxiliaire clinique en psychologie et psychiatrie à l'Université d'Ottawa. Tous deux agissent à titre de conseillers auprès d'Evidence-Network.ca.

(Octobre 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Chapter 8: Comparing Canadian and American Health Systems

Canada fares better than the U.S. on value for health care dollars — but lags behind other developed nations

JODY HEYMANN AND DOUGLAS BARTHOLD

Here's a fact most Canadians probably don't know: Canadians live longer than people in the United States. Specifically, women in Canada live an average of 83 years, compared to 80 in the United States; men live over 78 years on average compared to 75 in the United States. Why is this the case? There are clear links between mortality rates and the way countries invest in health care and improving social conditions.

This week we published a [study](#) in the *American Journal of Public Health* on the efficiency of health care systems at extending lives over the past two decades — and it's good news for Canadians. For every additional \$100 spent on health care in Canada, life expectancy was extended by nearly two months. The same expenditures were only associated with less than half a month of increased life expectancy in the United States.

The study assessed the gains in life expectancy from health spending in 27 countries, as well as across genders within each nation. After controlling for economic development, social expenditures and behaviour, we found significant differences in international levels of efficiency. Canada ranked eighth of 27 countries, while the U.S. came in at 22nd.

We actually know quite a lot about what makes Canadian health policy so effective. Population health approaches to improving social conditions, as well as public health prevention and health promotion measures taken across the country, have helped to reduce both chronic disease and acute illness.

In other words, it's not only how much money is spent, but how the money is spent that matters. And it's not only spending on health care that makes a large difference to



health outcomes. In our study, a country's social investments contributed to significant increases in longevity.

Findings from a global review of research conducted by the World Health Organization underscore the importance of social determinants of health, demonstrating how social conditions — from access to education and income, to improved early childhood care and good working conditions — have a powerful effect on our health. Fortunately, federal, provincial and territorial policy-makers across Canada have invested in much of what matters — from a social safety net to early childhood care, from parental leave to affordable university education.

So the Canadian portrait compares favourably to the American, but how does our health care investment compare to other developed nations in the study? Here, Canada falls short.

While Canada's life expectancy improvements have been far greater than that of the United States for the dollars invested, it has done only half as well as Germany. Other countries that performed more efficiently than Canada also include Switzerland, Italy, Austria, New Zealand, Denmark and France.

The efficiency differences could stem from a number of sources, and learning more about the characteristics that define the strongest performers is necessary to improve our own system. How much does it have to do with health care providers, their training and the incentives placed on them? How much does it have to do with patients, their access to and the price they pay for care? And how much does it have to do with the structure of the delivery system? Studying the best performers may offer us important lessons in medical care delivery.

Beyond medical care, we need to address further how social conditions shape health. The countries outperforming us make effective social investments to promote health and well-being among children and adults alike. Just to name two: they provide job protected paid leave from work to meet health needs, and overwhelmingly, they ensure children receive early childhood education.

While Canada is far ahead of the U.S. in measures to promote population health, this work remains uneven and lags behind many competitors. Some provinces, like Quebec, have invested heavily in universal access to early childhood care while others provinces have done very little on this front. The same can be said for basic working conditions like job protected sick leave, which remains spotty across the country. Affordable housing has become scarce in most of Canada's urban centres.

Poverty rates in Canada, while lower than the U.S., have been on the rise — and poverty is one of the leading determinants of poor health.

If Canadians are going to continue to increase life expectancy, we'll need to invest in

preventing disease and promoting health, while ensuring that we learn the most efficient ways to spend health care dollars for those who do become sick.

Jody Heymann is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and dean of the UCLA Fielding School of Public Health. Prior to this, Heymann held a Canada Research Chair in Global Health and Social Policy at McGill University. Douglas Barthold is a doctoral candidate in economics, and a doctoral fellow at McGill University's Institute for Health and Social Policy.

(December 2013)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *New Brunswick Telegraph Journal* and the *Guelph Mercury*.

Le Canada affiche un meilleur rendement que les États Unis au chapitre du rendement des sommes investies dans la santé, mais inférieur à celui d'autres pays développés

JODY HEYMANN ET DOUGLAS BARTHOLD

Voici un fait que nous ignorons pour la plupart : les Canadiens vivent plus vieux que les Américains. Au Canada, l'âge moyen des femmes est de 83 ans, comparé à 80 ans aux États-Unis; celui des hommes est de 78 ans, comparé à 75 ans là-bas. Pourquoi? L'explication réside dans le lien clair entre le taux de mortalité et la façon d'investir dans les soins de santé et l'amélioration des conditions sociales.

Récemment, nous avons publié une étude dans l'*American Journal of Public Health* sur l'efficacité des systèmes de santé en rapport avec l'espérance de vie, couvrant les deux dernières décennies. Et les nouvelles sont excellentes pour les Canadiens et les Québécois. Chaque tranche supplémentaire de cent dollars investie dans la santé au Canada se traduit par un prolongement de près de deux mois de l'espérance de vie. Aux États-Unis, le même montant la prolonge d'à peine deux semaines.

Nous avons analysé la progression de l'espérance de vie en fonction des dépenses de santé dans 27 pays et en comparant les sexes dans chacun d'eux. Après avoir contrôlé pour les variables du développement économique, des dépenses sociales et du comportement, nous

avons constaté des écarts importants entre les pays sur le plan de l'efficacité. Le Canada s'est classé huitième, alors que les États-Unis arrivent au 22^e rang.

Dans les faits, nous avons une très bonne idée des raisons pour lesquelles les politiques de santé sont si efficaces au Canada et au Québec. Jumelées à des mesures de prévention et de promotion de la santé, les approches préconisées en santé de la population,



qui visent une amélioration des conditions sociales, ont contribué à réduire les maladies chroniques et les maladies aiguës.

Autrement dit, ce n'est pas seulement le montant qui compte, mais aussi la façon dont on investit celui-ci. De plus, les dépenses de santé ne sont pas l'unique facteur qui a une incidence notable sur les résultats de santé. Nous avons constaté que les investissements sociaux d'un pays contribuaient eux aussi à une progression importante de la longévité.

Les conclusions d'une synthèse de la recherche publiée par l'Organisation mondiale de la Santé confirment le rôle important des déterminants de la santé. Elles démontrent que les conditions sociales (l'accès à l'éducation, le revenu, l'amélioration des soins à la petite enfance et celle des conditions de travail) ont une forte incidence sur notre état de santé. Par bonheur, les décideurs du fédéral, des provinces et des territoires ont souvent investi là où ça compte : du filet social aux services destinés à la petite enfance, du congé parental à l'accès aux études universitaires à un coût abordable.

Ainsi, le Canada et le Québec sont en bonne posture par rapport aux États-Unis, mais si on les compare aux autres pays développés analysés dans notre étude, qu'en est-il? Le tableau n'est pas aussi favorable.

Même si la progression de l'espérance de vie est beaucoup plus rapide au Canada qu'aux États-Unis relativement aux montants investis, elle n'est que la moitié de celle qu'affiche l'Allemagne. Parmi les autres pays dont l'efficacité est supérieure à celle du Canada, on trouve la Suisse, l'Italie, l'Autriche, la Nouvelle-Zélande, le Danemark et la France.

Ces écarts sur le plan de l'efficacité pourraient s'expliquer par différents facteurs. Pour améliorer notre propre système de santé, il sera nécessaire d'en savoir davantage sur les caractéristiques des pays où le rendement est supérieur. Quel poids faut-il accorder aux prestataires de soins, à la formation et aux mesures incitatives? Aux patients, à l'accès aux soins et au prix qu'ils paient pour les recevoir? À l'organisation du système de prestation des soins médicaux? L'étude des meilleurs bilans pourrait nous offrir des leçons essentielles à cet égard.

Au-delà de la seule question des soins médicaux, il faudrait aussi mieux cerner en quoi les facteurs sociaux conditionnent l'état de santé. Les pays mieux classés que le nôtre consentent des investissements sociaux dans la promotion de la santé et du bien-être chez les enfants comme chez les adultes. Pour n'en relever que deux : des congés payés avec garantie de retour au travail pour s'occuper des besoins en matière de santé et, dans la grande majorité des cas, un programme universel d'éducation de la petite enfance.

Même si le Canada devance les États-Unis au chapitre des mesures de promotion de la santé, son intervention est inégale et accuse du retard par rapport à un grand nombre de ses concurrents. Certaines provinces comme le Québec ont investi massivement dans l'accès universel aux services destinés à la petite enfance, alors que d'autres n'ont

presque rien mis en place. On peut en dire autant de mesures élémentaires comme le congé de maladie avec garantie de retour au travail, qui varient d'une province à l'autre. Enfin, les logements abordables sont devenus une denrée rare dans la plupart des centres urbains du pays.

Le taux de pauvreté augmente au Canada et au Québec, même s'il reste inférieur à celui des États-Unis. La pauvreté, on le sait, est l'un des principaux déterminants en matière de santé.

Si nous voulons que l'espérance de vie continue de progresser au Canada et au Québec, il faudra investir dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé, tout en cherchant à connaître les moyens les plus efficaces de dépenser les sommes que nous consacrons aux personnes qui tombent malades.

Doyenne de la UCLA Fielding School of Public Health, Jody Heymann est experte-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca. Elle a dirigé une Chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde à l'Université McGill. Douglas Barthold est doctorant en économie et boursier à l'Institut des politiques sociales et de la santé de l'Université McGill.

(décembre 2013)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec* et *L'Aut'journal*.

David Dodge on why health care costs so much

TRUDY LIEBERMAN

We know that the U.S. has the most expensive health care in the world. But beyond noting that dubious achievement, we seldom ask why. On my recent visit to Canada as a Fulbright scholar, I stopped by to pose that question to one of their leading health care experts, David Dodge, an economist who has served as federal deputy health minister and seven terms as governor of the Bank of Canada.

Right away he focused on the health care cost dilemma facing both our countries. “Medical technology is fascinating in that it is like consumer electronics in generating new products at a prodigious rate,” he said. “We’re on the verge of another burst of new products when we learn how to use genetic data.” It will change medicine, Dodge said, and will be a “quantum leap” into the unknown in the next quarter of a century, both medically and financially.

Nonetheless, Dodge quickly drew a distinction between medical technology and consumer electronics. While the health care industry continues to pump out new products, they cost more than the old ones, but the price of the old technology doesn’t come down as it has with consumer electronics like computers and television sets. “Why hasn’t the price of cataract surgery fallen by 90 per cent with the introduction of new laser techniques?” Dodge asked. “The price has fallen a little, but not much. You used to be in the hospital two weeks for the surgery. Now it takes 10 minutes.”

Dodge threw out a possible explanation: “Perhaps something is wrong with the economic mechanism.” The market doesn’t seem to work. Maybe health care is different from other goods and services. He brought up another example: In Canada, geriatricians are the lowest paid medical specialists and yet there is enormous demand for



them, he explained. If the normal forces of supply and demand were working, high demand might raise the price for their services. That's the explanation the oil industry gives when gas prices rise.

Our conversation that day in Ottawa didn't produce definite answers. Dodge speculated that maybe health care markets don't work because patients usually don't feel the pain of paying their bills directly. In Canada, provincial governments pay them. In the U.S., Medicare, Medicaid, or employer-based health insurance pay most Americans' medical bills.

He also suggested that self-regulation of the medical professions in both countries might partly account for the lopsided supply and demand equation when it comes to physician payments. "Governments understandably don't want to take on the self-regulatory aspects of the professions," Dodge told me. In other words, they don't want to interfere too much with the prices professionals charge. In Canada, as in the U.S., most doctors receive fee-for-service payments. In Canada, though, the government may negotiate more forcefully with professional associations.

Patients are also somewhat to blame for the cost conundrum. Dodge noted that most people want to be treated by doctors rather than lower-cost nurse practitioners; when something is wrong they want to talk to doctors directly rather than someone else, even if that person can manage their care just as well.

And most people want the new (pricey) technology that promises the latest and greatest cures. My conversation with Dodge reminded me of the news in early December when the FDA approved a new drug for hepatitis C, a disease that's hard to treat and plagues some 170 million people worldwide. A three-month regimen of the drug Sofosbuvir carries a price tag of \$84,000. That's \$1,000 a pill.

Last week, NPR explored the high cost of that drug and questioned why it was so expensive given the huge market and likelihood that the drug maker would quickly recoup its initial investment. When NPR correspondent Richard Knox noted that experts suggested the price could be lower, a vice president for the drug company replied, "That's very unlikely we would do that." In other words, the drug maker simply didn't want to lower its price.

Those high health care costs? Something besides market forces is at work.

Trudy Lieberman, a journalist for more than 40 years, is an adjunct associate professor of public health at Hunter College in New York City. She is a long-time contributor to the Columbia Journalism Review and blogs for its website, CJR.org. As a William Ziff Fellow at the Center for Advancing Health, she contributes regularly to the Prepared Patient Blog and EvidenceNetwork.ca.

This article first appeared on the Prepared Patient Blog at cfah.org

(January 2014)

A version of this commentary appeared in the *Winnipeg Free Press*, the *Huffington Post* and the *Windsor Star*.

Entretien avec David Dodge sur le coût élevé des soins de santé

TRUDY LIEBERMAN

On sait que les États-Unis possèdent le système de santé le plus coûteux au monde. Après avoir relevé cet accomplissement douteux, on se demande rarement pourquoi il en est ainsi. Lors d'une visite récente au Canada à titre de boursière Fulbright, j'ai rendu visite à David Dodge, l'un des grands spécialistes des questions de santé dans ce pays, afin d'en parler avec lui. Économiste de formation, il a occupé le poste de sous ministre de la Santé et rempli sept mandats à titre de gouverneur de la Banque du Canada.

David Dodge a tout de suite abordé le sujet du dilemme que posent les coûts de la santé pour nos deux pays. « Le secteur de la technologie médicale est fascinant, en ce sens qu'il peut, tout comme celui de l'électronique grand public, créer de nouveaux produits à un rythme prodigieux. À partir du moment où nous saurons comment utiliser les données génétiques, une multitude de nouveaux produits vont apparaître. » Selon lui, cette évolution va transformer la médecine et nous propulser au cours du prochain quart de siècle vers l'inconnu, tant sur le plan médical que financier.

David Dodge s'est néanmoins empressé d'établir une distinction entre technologie médicale et électronique grand public. À la différence des appareils électroniques comme les ordinateurs et les télévisions, les nouveaux produits que continue à pondre le secteur biomédical coûtent

plus cher que les précédents; or le prix des anciens produits ne baisse pas. « Pourquoi, depuis l'introduction des nouvelles techniques laser, n'a-t-on pas vu le prix des chirurgies de la cataracte diminuer de 90 pour cent? », se questionne-t-il. « Leur coût a baissé légèrement, mais si peu. Autrefois, il fallait séjourner deux semaines à l'hôpital pour subir cette intervention, alors qu'aujourd'hui, elle dure une dizaine de minutes. »



Parmi les explications possibles : « Le mécanisme économique fait peut-être défaut. » Le marché ne semble pas fonctionner comme il le devrait. Il est possible que les soins de santé appartiennent à une autre catégorie que les biens et services habituels. Voici un exemple : au Canada, les gériatres sont les médecins spécialistes les moins bien payés, alors que la demande est énorme, fait observer David Dodge. Si les forces normales de l'offre et de la demande étaient à l'œuvre, cette forte demande aurait un effet à la hausse sur le coût des services. C'est du moins l'explication que donne l'industrie du pétrole lorsque les prix montent.

Ce jour-là à Ottawa, notre entretien n'a pas abouti à des réponses définitives. David Dodge a avancé l'hypothèse que le problème des marchés de la santé réside peut-être dans le fait que les patients n'ont pas à payer la note directement. Au Canada, ce sont les gouvernements provinciaux qui l'acquittent. Aux États-Unis, les frais médicaux sont payés en majorité par Medicare, Medicaid ou le régime d'assurance-maladie offert par l'employeur.

L'autoréglementation des professions médicales dans les deux pays pourrait aussi expliquer le déséquilibre de l'offre et de la demande en ce qui touche les honoraires des médecins. « On peut comprendre que les gouvernements ne veulent pas prendre en charge les aspects relatifs à l'autoréglementation », de dire David Dodge. En d'autres termes, on ne veut pas trop s'immiscer dans la question des honoraires fixés par ces professionnels. Au Canada, tout comme aux États Unis, la plupart des médecins sont payés à l'acte. Le gouvernement canadien, par contre, a le pouvoir de négocier plus fermement avec les associations professionnelles.

Les patients ont eux aussi une part de responsabilité dans ce casse-tête. David Dodge fait observer qu'une majorité de gens préfèrent être traités par un médecin plutôt que par une infirmière praticienne. Ils veulent accéder directement au médecin, plutôt qu'à un autre intervenant, même si celui-ci est tout aussi qualifié pour leur prodiguer les soins dont ils ont besoin.

Par ailleurs, la plupart des gens désirent accéder aux nouvelles (et coûteuses) technologies qui promettent le nec plus ultra en matière de soins. Cette observation m'a rappelé la nouvelle parue en décembre au moment où la FDA a approuvé le Sofosbuvir, un nouveau médicament contre l'hépatite C. Cette maladie difficile à traiter touche près de 170 millions de personnes dans le monde. Une thérapie de trois mois coûte 84 000\$, c'est-à-dire 1000\$ le comprimé.

La semaine dernière, dans un segment sur le Sofosbuvir à la chaîne NPR, on s'est questionné sur son prix élevé, alors que le marché est gigantesque et que tout laisse croire le fabricant devrait récupérer rapidement son investissement. À la question du journaliste Richard Knox, qui faisait observer que certains spécialistes pensaient que le médicament pourrait coûter moins cher, un vice-président de la société pharmaceutique responsable

a répondu : « Il est fort peu probable que nous faisons cela. » Autrement dit, le fabricant n'a pas l'intention de baisser son prix.

Alors, que dire des coûts élevés de la santé? Peut-être ceci : qu'il y a autre chose à l'œuvre que les forces du marché.

Journaliste depuis une quarantaine d'années, [Trudy Lieberman](#) est professeure agrégée adjointe au Collège Hunter de New York. Elle collabore depuis de nombreuses années au Columbia Journalism Review ainsi qu'aux blogues publiés par la revue dans son site [CJR.org](#). De plus, elle contribue régulièrement, à titre de boursière William Ziff Fellow, au Prepared Patient Blog [blogue du patient averti] du Center for Advancing Health.

Cet article a d'abord paru dans le Prepared Patient Blog à l'adresse [cfah.org](#).

(janvier 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Comparing U.S., Canadian health care systems

TRUDY LIEBERMAN

One thing Americans and Canadians can agree on is that we don't want each other's health care systems. In truth, most Americans don't know how Canada's system works and Canadians don't know much about the U.S. system.

What Americans know has come mainly from the negative talking points of politicians and others who have argued for years against national health insurance. Two decades ago, *The New York Times* reported that Canadian women had to wait for Pap smears, a point vigorously refuted by the Canadian ambassador who shot back in a letter to the *Times* editor: "You, and Americans generally, are free to decide whatever health care system to choose, avoid or adapt, but the choice is not assisted by opinions unrelated to fact."

Yes, there are waiting lists for some services — but, no, Canadians are not coming across the border in droves to get American care.

There's misinformation among Canadians, too. Wherever I went, Canadians told me they thought, mostly based on what they said they heard on CNN and Fox, that Obamacare meant America was getting universal health coverage like their country has.

When I explained the law was simply another patch on a patchwork quilt of coverage, and the Congressional Budget

Office had estimated last year there would still be some 30 million people without insurance, the reaction was "the news media didn't tell us that." A former deputy health minister in New Brunswick said to me, "After all that, you will still have 30 million people without coverage!"

Separating fact from opinion as the Canadian ambassador long ago urged was something I tried to do as I made my way across Canada while visiting there recently. In



some ways, the Canadian system is very different from U.S. health care. In other ways, it's very much the same and faces similar challenges in the years ahead.

What we don't share

Although the Affordable Care Act in the U.S. calls for more people to have health insurance by offering subsidies and mandating all Americans have it or face penalties, the concept of universality is still a far distant goal. The Canada Health Act, on the other hand, calls for universality — all residents must be covered by the public insurance plan run by their province on uniform terms and conditions. They have coverage wherever they are treated in their home province, and there's none of this stuff about limiting the doctors and hospitals that patients can use as a condition of getting full benefits. In Canada, there are no financial barriers to care at the point of service as there are and will continue to be in the U.S.

Canadians don't pay coinsurance of 30 per cent or 50 per cent if they have an outpatient procedure or go to an urgent care clinic, charges that are becoming increasingly common here. They don't worry about paying a gigantic bill if they happen to use an out-of-network doctor or hospital. The publicly funded system north of the border bases patients' access to medical services on need, not on the ability to pay. To use the word "ration," Canadians ration by need; Americans ration by price and will continue to do so as the ACA is implemented.

Because it's publicly funded, Canadian health care is more equitable. There's no such thing as buying a platinum plan and getting first-rate coverage or a cheapo bronze policy and paying 60 per cent of the bill yourself. The tiered policies available in the state exchanges further bake inequality into the U.S. system. People have wildly varying benefits depending on where they live, how old they are, where they work and how much they can afford to spend on health insurance.

That's not the case in Canada, except when it comes to prescription drug coverage. Drug benefits are quite unequal in Canada, and the lack of them is a pretty big hole for about 10 per cent of the population. There is no universal drug benefit, although two provinces have mandatory drug insurance — you can get it from an employer or buy it from a public plan. About 40 per cent of the population gets coverage from their employers. If you can't afford the premium, there are subsidies. In that sense, Canadian drug coverage in those provinces resembles Obamacare. Still, having drug benefits does not necessarily mean adequate coverage, says *Globe and Mail* health columnist, André Picard: "The big difference from the rest of Canada's system is there is very little first-dollar coverage of prescription drugs."

On this trip I heard much more about the social determinants of health than I hear in the U.S. Almost everyone I interviewed mentioned the dismal health stats for aboriginal populations and the need to improve access and quality of care. I tried to remember the

last time I heard anyone discuss the medical problems of Native Americans or quality of care provided by the Indian Health Service.

I asked Michael Decter, a health policy expert and a former deputy health minister in Ontario, what was his wish list for Canadian health care. Topping his list was not more money for the health system; it was more for education aimed at improving the lives of aboriginal peoples. Better education correlates with better health. The second was drug coverage. Canada's infamous waiting times were not high on his list of priorities. In fact, he didn't even mention them as a problem.

Trudy Lieberman, a former president of AHCJ, is a contributing editor to the Columbia Journalism Review. She is a fellow at the Center for Advancing Health where she blogs about paying for health care. She is a regular contributor to EvidenceNetwork.ca.

Published with permission of the Association of Health care Journalists, <http://healthjournalism.org/>

(January 2014)

A version of this commentary appeared in the *Winnipeg Free Press*, the *Victoria Times Colonist* and the *Huffington Post*.

Comparaison des systèmes de soins de santé canadien et américain

TRUDY LIEBERMAN

Une chose sur laquelle les Américains et les Canadiens s'entendent est que les uns ne veulent pas du système de santé des autres, et vice versa. En vérité, la majorité des Américains ne savent pas comment fonctionne le système de santé du Canada et les Canadiens connaissent mal le système de santé américain.

Ce que savent les Américains vient principalement des propos négatifs que tiennent les politiciens et autres commentateurs qui depuis des années s'opposent à l'instauration d'une assurance maladie nationale. Il y a deux décennies, le *New York Times* rapportait que les Canadiennes devaient attendre pour obtenir un test Pap, une déclaration réfutée avec vigueur par l'ambassadeur du Canada, qui avait répliqué en affirmant dans une lettre envoyée au rédacteur en chef du *Times* : « Vous et les Américains en général avez la liberté de décider du système de santé à choisir, à éviter ou à adapter, mais ce choix ne doit pas s'appuyer sur des opinions sans lien avec les faits. »

Oui, il y a des listes d'attente pour accéder à certains services, mais non, les Canadiens ne traversent pas la frontière en masse pour obtenir des soins aux États-Unis.

Il y a de la désinformation chez les Canadiens également. Partout où je suis allée, des Canadiens m'ont dit croire, selon ce qu'ils avaient vu et entendu principalement à CNN et à Fox, que l'*Obamacare* devait apporter aux Américains une protection universelle en matière de santé comparable à celle dont ils bénéficient au Canada.

Quand je leur ai expliqué que la loi n'était qu'un autre rapiéçage d'une protection qui est une véritable courtepoinTE, et que la Commission des finances du Congrès estimait qu'il y aurait encore 30 millions de personnes sans assurance, leur réaction a été de me répondre : « Ce n'est pas ce qu'on entend dans les médias d'information ». Et c'est avec



étonnement qu'un ancien sous-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick m'a dit : « Après tout cela, vous aurez encore 30 millions de personnes sans protection! »

Faire la distinction entre l'opinion et les faits, comme le conseillait vivement l'ambassadeur du Canada il y a longtemps, c'est ce que j'ai essayé de faire tout au long de mon récent voyage dans ce pays. À certains égards, le système de soins de santé canadien est extrêmement différent de celui des États-Unis, mais à d'autres égards, les deux se ressemblent beaucoup et devront relever des défis similaires dans les années à venir.

Ce qui nous n'avons pas en commun

Bien que l'*Affordable Care Act* (ACA [loi sur les soins abordables]) des États-Unis ait pour objectif d'accroître le nombre de personnes ayant une assurance maladie en offrant des subventions et en obligeant tous les Américains à se doter d'une telle assurance sous peine de se voir imposer une pénalité, la notion d'universalité demeure dans ce pays un objectif très lointain. La *Loi canadienne sur la santé*, de son côté, vise l'universalité : tous les citoyens doivent être protégés par le régime d'assurance gouvernementale de leur province selon des modalités et des conditions uniformisées. Les Canadiens bénéficient d'une protection peu importe où **qu'ils soient soignés dans leur province d'origine, et en aucun cas, il y a limitation de l'accès aux médecins et aux hôpitaux** comme condition à une prestation intégrale. Au Canada, il n'existe aucun obstacle financier aux soins offerts dans les points de service, comme il y en a et continuera d'en avoir aux États-Unis.

Les Canadiens ne paient pas une coassurance de 30 pour cent ou de 50 pour cent s'ils subissent une intervention non hospitalisée ou se rendent dans une clinique de soins d'urgence, des frais de plus en plus courants aux États-Unis. Ils n'ont pas à craindre de devoir payer une énorme facture s'ils doivent recourir aux services d'un médecin ou d'un hôpital ne faisant pas partie du réseau. Dans le système de santé public situé au nord de la frontière, l'accès des patients aux services médicaux est établi en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Si on utilise le mot « ration », on pourra dire qu'au Canada les rations sont distribuées en fonction des besoins, alors qu'aux États-Unis elles le sont en fonction du prix et continueront de l'être après la mise en œuvre de l'ACA.

Parce qu'il est financé par l'État, le système de soins de santé canadien est plus équitable. Personne au Canada ne doit choisir entre se procurer une assurance platine et obtenir une protection supérieure ou se procurer une police moins chère et devoir assumer 60 pour cent des frais soi-même. Les polices étagées offertes dans les marchés de l'assurance maladie des États, appelés *State Health Insurance Exchanges*, ne font que reconduire les inégalités sociales dans le système américain. Les gens bénéficient de prestations extrêmement variables selon le lieu où ils vivent, leur âge, l'endroit où ils travaillent et combien ils sont en mesure de payer pour une assurance maladie.

Ce n'est pas le cas au Canada, sauf en ce qui concerne la protection liée aux médicaments sur ordonnance. Les régimes d'assurance médicaments sont plutôt inégaux au Canada et la difficulté d'accès à ceux-ci laisse environ 10 pour cent de la population sans protection. Il n'existe pas de régime universel d'assurance médicaments, bien qu'il soit obligatoire de se doter d'une assurance médicaments dans deux provinces (par le biais d'un employeur ou dans le cadre d'un régime public). Environ 40 pour cent de la population est assurée par l'entremise d'un employeur. Les personnes qui n'ont pas les moyens de payer la prime d'assurance reçoivent une subvention du gouvernement. En ce sens, l'assurance médicaments dans ces provinces est semblable à l'*Obamacare*.

Cependant, recevoir des prestations d'assurance médicaments ne signifie pas nécessairement avoir une protection adéquate, comme l'affirme le chroniqueur en santé du *Globe and Mail* André Picard, selon qui : « La grande différence par rapport au reste du système canadien est qu'il y a très peu de régimes d'assurance médicaments qui offrent une protection intégrale ».

Pendant mon voyage, j'ai beaucoup plus entendu parler des déterminants sociaux que je peux en entendre parler aux États-Unis. Presque toutes les personnes que j'ai interviewées ont mentionné les tristes statistiques concernant les populations autochtones et la nécessité d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. J'ai peine à me souvenir de la dernière fois où j'ai entendu quelqu'un parler des problèmes médicaux des Autochtones américains ou de la qualité des soins offerts par les services de santé autochtones des États-Unis.

J'ai demandé à Michael Decter, expert en politiques sur la santé et ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, quelle serait sa liste de souhaits pour le système de soins de santé canadien. Ce qui figurait en tête de sa liste n'était pas un meilleur financement du système, mais plutôt une meilleure éducation destinée à améliorer le sort des personnes autochtones. Il existe une corrélation entre l'éducation et une bonne santé. Son deuxième souhait était une protection pour les médicaments. Les temps d'attente si notoire des hôpitaux canadiens n'occupaient pas une position très élevée dans la liste de ses priorités. En fait, il ne les a pas même mentionnés comme constituant un problème.

Trudy Lieberman a été présidente de l'Association of Healthcare Journalists et collabore à la rédaction de la Columbia Journalism Review. Elle est également une associée du Center for Advancing Health, où elle tient un blogue sur les frais à payer pour obtenir des soins de santé.

Article publié avec la permission de l'Association of Healthcare Journalists, <http://healthjournalism.org/>.

(janvier 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

U.S., Canadian health care systems share some challenges

TRUDY LIEBERMAN

Both Canada and the United States are historically and practically steeped in fee-for-service medicine, and much of the power to control prices rests in the hands of the medical establishment. While provincial governments have periodic negotiations with medical and hospital groups, and there are global budgets for hospitals that try to constrain costs, the system is relatively expensive.

In 2011, the U.S. won the dubious honour of having the most expensive system in the world, spending about \$8,500 per capita. Canada spent about \$4,500, making it the third most expensive country among a group of OECD-developed nations.

Still, that number needs perspective. In 1970, a few years before Canada implemented its national health insurance system, both countries were spending about seven per cent of the GDP on health care. Thirty-nine years later, the U.S. was spending 50 per cent more of its national income on health care, leaving its patients with the highest out-of-pocket expenses in the world.

When I explained the high out-of-pocket expenses to Canadians on my speaking tour across the country there, that notion simply did not compute. There is some talk about imposing co-pays for some services as a way to help both the federal and

provincial governments save money. But the idea of making people pay 50 per cent of a bill or a family paying \$13,000 out of pocket before insurance benefits kick in is wildly unpopular.

As in the U.S., there's much soul searching about whether the country is getting as much bang for the bucks it spends. Does the quality of care match the country's outlay? A number of studies, including the latest international comparison from The Common-



wealth Fund, show that Canada and the U.S. both fall down on several dimensions of care. Both Canadians and Americans were more likely to report long waits for primary care and high use of emergency rooms compared to other countries such as Germany, France and the United Kingdom.

I asked Jeffrey Turnbull, M.D., F.R.C.P.C., chief of staff at Ottawa General Hospital, about criticisms of the quality of Canadian health care. He said that, when it comes to treating heart attacks, stroke, heart failure and pneumonia “we do relatively well.” But when you look at the broader indices that measure the inequities, the picture is very different. “Our vulnerable populations have rates like the developing world.” We can say the same for groups in the U.S.

Our two countries also share the increasing burden of providing care for their aging populations. Indeed, lack of community support is one reason why waiting lists develop at Canadian hospitals. Seniors who are admitted to acute care hospitals sometimes stay much longer than what’s medically necessary because they have no place to go.

The public, though, seems to be paying attention. Last summer the Canadian Medical Association polled residents to measure their priorities for long-term care. Ninety-three per cent said the government should develop a comprehensive seniors’ strategy. The outgoing president of the CMA said the poll results sent a strong message the public wants action. In a system that’s accountable to the taxpayers who fund it, it’s easier for the federal and provincial governments to listen. Contrast that with the U.S. where long-term care is barely discussed, and the CLASS Act provision in the Affordable Care Act, a fledgling program to pay for long-term care was repealed.

Health care systems are not static, as Nicholas Timmins, the former health policy editor of *The Financial Times*, told a group of health care journalists at an Athens meeting a year ago. But neither do they change the fundamentals much. “Countries rarely change the way they do things,” Timmins told the group. Canadians may fix their system; we may fix ours, but neither country is rushing to embrace the other’s. Timmins added, “What systems do face is the desire to find a way to constrain costs.”

Trudy Lieberman, a former president of AHCJ, is a contributing editor to the Columbia Journalism Review. She is a fellow at the Center for Advancing Health where she blogs about paying for health care.

Published with permission of the Association of Healthcare Journalists, <http://healthjournalism.org/>

(February 2014)

A version of this commentary appeared in the Waterloo Region Record, the Huffington Post and the New Brunswick Telegraph Journal.

Les défis qu'ont en commun les systèmes de soins de santé canadien et américain

TRUDY LIEBERMAN

Sur les plans historique et pratique, le Canada et les États-Unis ont instauré une médecine avec rémunération à l'acte, dans le cadre de laquelle le pouvoir de contrôler les prix repose principalement entre les mains du corps médical. Par conséquent, même si les gouvernements provinciaux négocient périodiquement avec les groupes hospitaliers et médicaux et que les hôpitaux dans leurs budgets globaux s'efforcent de limiter les coûts, le système de santé demeure relativement coûteux.

En 2011, les États-Unis ont remporté l'honneur peu enviable d'avoir le système de santé le plus coûteux du monde, avec des dépenses par habitant se chiffrant approximativement à 8500\$. Pour la même période, les dépenses canadiennes en santé par habitant étaient d'environ 4500\$, ce qui place le Canada au troisième rang des pays développés de l'OCDE ayant les systèmes de santé les plus coûteux.

Il importe cependant de mettre ces chiffres en perspective. En 1970, quelques années avant que le Canada mette en place son système national d'assurance maladie, les deux pays dépensaient en soins de santé une somme correspondant approximativement à 7 pour cent de leur PIB. Trente-neuf ans plus tard, les États-Unis consacraient plus de 50 pour cent de leur revenu national aux soins de santé, plaçant ainsi les patients américains devant les dépenses de santé remboursables les plus élevées au monde.

Pendant la tournée de conférences que j'ai réalisée dans l'ensemble du Canada, lorsque j'ai expliqué aux Canadiens combien les dépenses de santé remboursables sont élevées aux États-Unis, les gens ne comprenaient tout simplement pas cette notion. On parle au



Canada d'imposer une quote-part pour certains services afin d'aider les gouvernements fédéral et provinciaux à économiser de l'argent, mais l'idée de faire payer aux gens 50 pour cent de la facture ou de faire payer à une famille 13 000\$ en frais remboursables avant le versement des prestations d'assurance maladie est extrêmement impopulaire.

Tout comme aux États-Unis, de nombreuses personnes se demandent si le pays obtient les meilleurs services possibles pour son argent. La qualité des soins offerts correspond-elle aux sommes dépensées? Nombre d'études, y compris la plus récente comparaison internationale dressée par le Fonds du Commonwealth, indiquent que le Canada et les États-Unis font piètre figure dans divers aspects des soins de santé. Par exemple, les Canadiens et les Américains sont plus susceptibles de signaler de longues attentes avant d'avoir accès à des soins de première ligne et une fréquentation élevée des salles d'urgence que les citoyens d'autres pays comme l'Allemagne, la France et le Royaume-Uni.

J'ai demandé à Jeffrey Turnbull, M.D., FRCPC, chef du personnel à l'Hôpital général d'Ottawa, ce qu'il pensait des critiques concernant la qualité des soins au Canada. Il m'a répondu que lorsqu'il s'agit de traiter une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une insuffisance cardiaque ou une pneumonie, « notre rendement est relativement bon ». Toutefois, si on examine les indices plus globaux servant à mesurer les inégalités, le tableau est très différent. « Nos populations les plus vulnérables donnent lieu à des taux comparables à ce qu'on retrouve dans les pays en développement », s'est-il désolé? Nous pouvons dire la même chose de certains groupes sociaux aux États-Unis.

Nos deux pays ont également en commun le fardeau de plus en plus lourd de devoir fournir des soins à une population vieillissante. Le manque de soutien communautaire est à ce titre une des raisons pour lesquelles les listes d'attente s'allongent dans les hôpitaux canadiens. Les personnes âgées admises dans des hôpitaux de soins actifs y séjournent parfois beaucoup plus longtemps que ce qui est médicalement nécessaire, parce qu'elles n'ont pas d'autre endroit où aller.

Le public semble cependant s'intéresser à la situation. L'été dernier, l'Association médicale canadienne (AMC) a réalisé un sondage auprès des citoyens afin d'évaluer leurs priorités concernant les soins de longue durée. Les répondants au sondage ont indiqué à 93 pour cent que le gouvernement devrait élaborer une stratégie exhaustive concernant les aînés. Le président sortant de l'AMC a affirmé que les résultats du sondage constituent un signal fort que le public souhaite la mise en place d'un plan d'action. Au sein d'un système qui doit rendre des comptes aux contribuables qui le financent, il est plus facile pour les gouvernements fédéral et provinciaux d'être à l'écoute de la population. La situation est tout autre aux États-Unis, où la question des soins de longue durée est à peine abordée et où les dispositions de la *CLASS Act* (loi sur le soutien et les services d'aide aux communautés), un texte législatif intégré à l'*Affordable Care Act* (loi sur les soins abordables) prévoyant un début de programme de paiement des frais des soins de

longue durée, ont été annulées.

Les systèmes de soins de santé ne sont pas statiques, comme le rappelait Nicholas Timmins, ancien rédacteur en chef responsable des politiques en santé du *Financial Times*, à un groupe de journalistes du domaine des soins de santé lors d'une réunion tenue à Athènes il y a un an. Toutefois, aucun ne modifiera les principes fondamentaux qui le régissent. « Les pays changent rarement leurs façons de faire », ajoutait Timmins au groupe. Les Canadiens peuvent régler les problèmes de leur système, nous pouvons régler ceux du nôtre, mais aucun des deux pays ne se précipitera pour adopter le système de l'autre. Comme le précisait Timmins, « ce à quoi sont véritablement confrontés les systèmes, c'est une volonté de trouver des façons de limiter les coûts ».

Trudy Lieberman a été présidente de l'Association of Healthcare Journalists et collabore à la rédaction de la Columbia Journalism Review. Elle est également une associée du Center for Advancing Health, où elle tient un blogue sur les frais à payer pour obtenir des soins de santé.

Article publié avec la permission de l'Association of Healthcare Journalists, <http://healthjournalism.org/>.

(février 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Huffington Post Québec*.

Why Canada shouldn't compete with the U.S. for the worst performing health system in the developed world

B.C. court challenge looming

COLLEEN FLOOD

The latest Commonwealth Study ranked Canada's health care system a dismal second to last in a list of 11 major industrialized countries. We had the dubious distinction of beating out only the Americans. This latest poor result is already being used by those bent on further privatizing health care. They argue — as they always do — that if only Canada allowed more private finance, wait times would melt, emergency rooms would unclog and doctors, nurses, patients and the public would all be, if not quite utopia, then at least better off than now.

It is true that Canada's health system is fragmented and uncoordinated. Too often people fall through the cracks and we are miserable at managing patients with multiple illnesses. And too often our system feels unresponsive to the concerns of patients and their families. The average Canadian could be forgiven for thinking that there may be something to all of these calls for private finance. But they would be wrong.

For starters, what most commentators weighing in on the health debate don't understand is that we already have a mix of public and private care. What distinguishes Canada's health system from others is not how little private finance we have but how much private finance we already endure. Canadians have their health needs covered by the public system only 70 per cent of the time, much less than the U.K. (84 per cent) or Norway (85 per cent) or even France (77 per cent).

Indeed, Canadians actually hold more private health insurance than Americans do. How



is this possible?

Our health system fails to offer universal (public) coverage for prescription drugs, unlike the coverage provided in nearly every other developed country in the world. Canada also has inadequate coverage for home care and long-term care, which are more comprehensively covered in many other health systems, such as Japan, Germany, Belgium and Sweden.

Unfortunately, our health system is more like the U.S. system than most of us know. Just like the U.S., our approach to prescription drugs, home and long-term care is to have some people covered through private health insurance via their employer, some people covered by governments because they are on welfare or elderly and a big chunk of the population going without.

Our system is also similar to the U.S. — and dissimilar to many other countries that out-perform us on health indicators — by paying physicians on a fee-for-service basis meaning doctors are free to work as many or as few hours as they wish, whenever they wish and wherever they wish regardless of the needs of patients.

Instead of moving to adopt the policies of better performing systems, Canada may be taking a step backwards. A constitutional challenge is going to trial in British Columbia in September and the private health clinic bringing that challenge is set on introducing even more private finance to Canada's health system. If they win, doctors will be able to bill patients whatever they wish on top of what payment doctors already receive from the government for specific health services (extra-billing). Those patients who can afford it will be able to buy private health insurance to defray the costs of such extra-billing.

So what's the problem? This would move the Canadian health system one step closer to the worst performing health system among developed countries: the United States.

The jewel of Canada's health care system is the commitment to restrict private finance for medically necessary hospital and physician care. We don't let our doctors double dip, and we keep essential health services available to all, regardless of means. Yet it is this commitment that is being threatened with the legal challenge in B.C. and blamed for the problems that have beset Canada's health system — with some pretty clear vested interests ready to profit from the outcome.

Instead of having Canada's health system compete with the United States for last place, we need to start addressing the real issues that plague our system. We could start by looking at the expansive policies of European systems that perform better than our own, starting with a universal health system that includes drug coverage, home care and long-term care.

This may seem counter-intuitive when the problem is always portrayed as a lack of

money for the public system — but we know in business that sometimes you have to spend money now to save money later. And we must look at providing incentives throughout our public and private sectors in the health care system to ensure that the right care is delivered to the right people in a timely way.

If the constitutional challenge is successful in British Columbia, there is no doubt that the problems we see in the Canadian health system — fragmentation, lack of coordination, lack of access to important kinds of care and wait times for those without private means — will worsen. Why would we want to race to the bottom of the pack?

Dr. Colleen Flood is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor in the Faculty of Law, the School of Public Policy & Governance, and the Institute of Health Policy Management & Evaluation University of Toronto.

(July 2014)

A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, the *Victoria Times Colonist* and the *New Brunswick Telegraph Journal*.

Pourquoi le Canada devrait éviter de faire concurrence aux États-Unis pour le pire système de santé de tous les pays développés

Une contestation judiciaire intentée en Colombie-Britannique sera entendue sous peu

COLLEEN FLOOD

Selon la plus récente étude réalisée par le Fonds du Commonwealth, le système de santé canadien n'occupe qu'un misérable avant-dernier rang parmi les 11 principaux pays industrialisés étudiés. Mince consolation, seuls les États-Unis obtiennent de moins bons résultats. Cette piètre performance apporte déjà de l'eau au moulin de ceux qui cherchent à accroître le rôle du secteur privé dans le système de santé. Ces derniers affirment, comme ils l'ont toujours fait, que si seulement les Canadiens acceptaient un accroissement de la prestation de soins privés, les files d'attente diminueraient et les salles d'urgence se désengorgeraient.

Pour les médecins, les infirmières, les patients et le public, l'expansion des services privés ne permettrait peut-être pas de réaliser l'utopie, mais créerait assurément une situation plus avantageuse que celle qui existe à l'heure actuelle.

Il est vrai que le système de santé du Canada est fragmenté et manque de coordination. Trop souvent, des personnes malades passent entre les mailles du filet, et le système échoue lamentablement à traiter les patients atteints de multiples maladies.

Et trop souvent, notre système arrive mal à répondre aux préoccupations des patients et de leur famille. Le Canadien moyen pourrait donc être tenté de croire que tous ces appels à la privatisation ne sont pas sans fondement. Mais il n'est pas dit qu'il a raison.

Tout d'abord, ce que ne semblent pas comprendre les commentateurs qui interviennent dans le débat sur le système de santé, c'est que nous offrons déjà au pays une combinaison de services de santé publics et privés. Ce qui distingue le système de santé canadien n'est pas la petite proportion de services privés qu'il comporte, mais plutôt l'importante



quantité de soins privés qu'il offre déjà. En effet, les besoins en matière de soins de santé des Canadiens sont couverts par le système public dans une proportion de 70 pour cent seulement, ce qui est très inférieur à ce que l'on constate au Royaume-Uni (84 pour cent), en Norvège (85 pour cent) et même en France (77 pour cent).

De plus, les Canadiens se munissent davantage d'une assurance-maladie privée que les Américains. Comment cela est-il possible?

Notre système de santé n'assure pas une couverture universelle (publique) des médicaments sur ordonnance, contrairement à presque tous les autres pays développés du monde. De plus, le Canada fournit une couverture inadéquate des soins à domicile et des soins de longue durée, lesquels sont couverts de façon plus complète par de nombreux autres systèmes de santé, comme au Japon, en Allemagne, en Belgique et en Suède.

Malheureusement, notre système de santé ressemble plus au système américain que ce que la plupart d'entre nous pourraient croire. En ce qui a trait aux médicaments d'ordonnance et aux soins à domicile et de longue durée, notre approche est la même qu'aux États-Unis : certaines personnes sont couvertes par une assurance-maladie privée à laquelle elles souscrivent par l'entremise de leur employeur, certaines autres, comme les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes âgées, sont couvertes par le gouvernement et, enfin, une grande partie de la population n'est pas assurée du tout.

Notre système est également similaire à celui des États-Unis — et différent de celui de nombreux autres pays qui obtiennent de meilleurs résultats au chapitre des indicateurs de santé — en ce qu'il rémunère les médecins à l'acte. Cela signifie que ceux-ci sont libres de travailler le nombre d'heures qu'ils veulent, aux moments qui leur conviennent et à l'endroit qu'ils choisissent, sans égard aux besoins des patients.

Au lieu de chercher à adopter les politiques des systèmes les plus performants, le Canada semble reculer. En septembre, une contestation constitutionnelle du régime de santé sera entendue par les tribunaux de la Colombie-Britannique. La clinique privée qui intente cette poursuite est résolue à accroître la présence du secteur privé dans le système de santé canadien. Si elle a gain de cause, les médecins seront autorisés à facturer aux patients les montants qu'ils désirent, en plus des sommes qu'ils reçoivent déjà du gouvernement pour certains soins de santé (surfacturation). Les patients qui en ont les moyens pourront souscrire des assurances privées pour couvrir les coûts de cette surfacturation.

Alors où est le problème? Ces mesures rapprocheraient le système de santé canadien encore un peu plus du système de santé le moins efficace de tous les pays développés, soit celui des États-Unis.

L'aspect le plus précieux du système de santé canadien est son engagement à restreindre l'offre privée de soins hospitaliers et médicaux qui sont nécessaires sur le plan thérapeu-

tique. Nous ne laissons pas nos médecins doubler leur rémunération, et nos soins de santé essentiels sont offerts à tous les citoyens, quel que soit leur revenu. Or, c'est cet engagement qui est désormais menacé par la requête déposée en Colombie-Britannique, et que les auteurs de la poursuite disent être la cause des problèmes qui accablent le système de santé canadien. En cas de résultat favorable de la contestation, certains intérêts privés ne manqueront pas de tirer profit du nouveau système.

Plutôt que de laisser notre régime de santé entrer en concurrence avec le système américain pour la dernière place, nous devrions nous attaquer aux vrais problèmes auxquels ce régime fait face. Nous pourrions commencer par examiner les politiques des systèmes européens qui sont plus inclusifs et performants que le nôtre, notamment les systèmes de santé universels qui englobent l'assurance médicaments, les soins à domicile et les soins de longue durée.

Cette démarche pourrait sembler mal avisée, car le problème est toujours présenté comme étant l'insuffisance de fonds publics pour financer le système. Mais nous savons bien qu'en affaires, il faut parfois dépenser de l'argent au début pour ensuite pouvoir faire des économies. De plus, il nous faut viser à mettre en place des incitatifs dans les secteurs public et privé de notre système de santé pour faire en sorte que des soins adéquats soient offerts en temps opportun à toutes les personnes qui en ont besoin.

Si la contestation constitutionnelle donne lieu à une modification de la loi en Colombie-Britannique, il ne fait aucun doute que les problèmes qu'éprouve le système de santé canadien — fragmentation, manque de coordination, accès insuffisant à certains types de soins importants et temps d'attente élevés pour les personnes qui ne peuvent pas se payer des soins privés — iront en s'aggravant. Quel intérêt peut-il bien y avoir à vouloir occuper la queue du peloton?

Dr Colleen M. Flood est experte-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeure à la Faculté de droit, à l'École de politiques publiques et de gouvernance et à l'Institut de gestion et d'évaluation des politiques en matière de santé, à l'Université de Toronto.

(juillet 2014)

Une version de ce commentaire est parue dans *Le Devoir*, *Le Huffington Post Québec* et *Droit-Inc.*

Canada and U.S. both ration health care — they just do it differently

No country can afford to give every citizen every health care service that comes along

By TRUDY LIEBERMAN

As an American journalist sitting in a Toronto coffee bar, I began chatting — as I often do in another country — with people about their health care system. One employee taking people's orders was about to go off duty and sat down to visit. "I'm tired of hearing you Americans talk about rationing in Canada," he said. "Let me tell you how many MRIs I had when I was riding my bike and got hit by a motorcyclist."

He had been injured and received an MRI when he was admitted to the emergency room plus a couple more during his hospital stay. Nobody put him on a waiting list; nobody argued that he didn't need the procedure. He didn't have to worry whether the doctors who gave him emergency care or the doctor who interpreted the MRIs were in his insurer's network or out of it. He made a full recovery and paid nothing for the service when he received it. No \$250 or \$500 co-pay for an ER visit, now customary in the U.S.

The server's injuries warranted some quick MRIs. Another patient suffering from a less serious mishap or seeking diagnostic testing might have to wait for a while. That's when other countries' waiting lists grab headlines in the U.S. That's when opponents of other countries' health systems point to their shortages and long wait times and claim we don't ration health care in America.

As narrower insurance networks begin to limit where we can get our care and contradict the American notion of abundant choices, I thought about the Canadian bicyclist and the waiting lists in his country for some non-emergency MRIs. Yes, Canadians do wait for some procedures in some provinces because provincial and federal govern-



ments have chosen not to fund MRIs or CT scans for everyone who wants or demands one on the spot. It's one way the country controls its medical expenditures.

Even in Canada where patient prioritizing allocates which patients will get care first, new evidence comes in noting that MRIs are still being overused with no therapeutic benefit to patients. MRIs for lower back pain are among the most frequently requested scans in the Canadian health system. Yet researchers found that more than half of the scans at two big hospitals were inappropriate or of uncertain value to the patient. When that happens, those who really need them may wait longer.

No country can afford to give every citizen every health care service that comes along. Narrow insurance networks are one way America controls its medical costs. Insurers choose only providers who agree to accept what the insurers want to pay — in theory pushing down the price of care. If patients want to go to the high-priced cancer hospital, for example, they pay out of their own pocket or go without.

That's also the theory in America behind sky-high deductibles, co-insurance and co-pays for commonly used services (such as emergency room visits, diagnostic tests, and outpatient care), or limitations on number of physical therapy visits an insurance policy will pay for.

If patients want these services, they pay more out of pocket, postpone them or skip them altogether. Instead of rationing with waiting lists, America rations with price. If some patients don't have \$600 for an MRI co-pay, they may not get it, and studies have shown that people do forego care when cost-sharing increases.

Like Canada, the U.S. also overuses medical technology. CT scans in emergency rooms come to mind. But when there's talk of using this type of service more rationally, cries of rationing ring through the media.

That rhetoric may be changing. The case of the hepatitis C drug Sovaldi, with its \$84,000 price tag, and other similarly expensive drugs now waiting in drug makers' pipelines, may mean the U.S. will have no choice but to look to its northern neighbour on how it allocates care.

Those high drug prices are unsustainable for the health care system, says John Rother, who heads the National Coalition on Healthcare, which is raising awareness of high-priced drugs. Some state Medicaid programs are considering limiting Sovaldi to the sickest patients. Arizona has already done this.

Yes, we do ration health care in America. It's just that those affected the most are those who have the least income. In America, we have become oddly blasé about income inequality and its consequences, increasingly willing to let those without simply do without. But the mere hint that a needs- or evidence-based process might be used to allocate scarce or high-priced health care raises an outcry from those accustomed to getting

what they want, when they want it. Something's gotta give.

Trudy Lieberman, a journalist for more than 40 years, is an adjunct associate professor of public health at Hunter College in New York City. She is a long time contributor to the Columbia Journalism Review and blogs for its website, CJR.org, about media coverage of health care, Social Security and retirement. She is also a media advisor to EvidenceNetwork.ca

(October 2014)

A version of this commentary appeared in the Prepared Patient Blog, the *Huffington Post* and the *Saskatoon Star Phoenix*.

Les soins de santé sont rationnés différemment au Canada qu'aux États Unis

Aucun pays n'a les moyens de fournir à chacun de ses citoyens tous les services

By TRUDY LIEBERMAN

En tant que journaliste, j'ai l'habitude de questionner les gens sur leur système de santé quand je voyage à l'extérieur des États-Unis. Je me trouvais dans un café de Toronto, quand un serveur sur le point de terminer son quart de travail est venu s'asseoir à ma table. « J'en ai assez d'entendre les Américains dire que nous rationnons les soins de santé au Canada. Laissez-moi vous raconter tous les examens par IRM (imagerie par résonance magnétique) dont j'ai bénéficié après avoir été heurté par un motocycliste alors que je faisais du vélo. »

Mon interlocuteur avait subi des blessures dans l'accident. À son arrivée à l'urgence, on lui a fait subir une première IRM; deux autres ont suivi durant son séjour à l'hôpital. Son nom n'a jamais figuré sur aucune liste d'attente; personne n'a émis de doute sur la nécessité de l'intervention. Il n'a jamais eu à se demander si les médecins qui le soignaient à l'urgence ou si le radiologue qui interpréterait les IRM appartenaient ou non au réseau de son assureur. Il s'est pleinement rétabli et n'a rien déboursé pour les services qu'il a reçus. Pas de quote-part de 250\$ ou de 500\$ pour une visite à l'urgence, une pratique aujourd'hui courante aux États-Unis.



Ses blessures justifiaient la décision de lui faire subir plusieurs IRM rapidement. Si sa mésaventure avait été moins grave ou s'il s'était agi d'un test diagnostique, il lui aurait fallu patienter quelque temps. Voilà le genre de délai qui fait les manchettes aux États-Unis. Ceux qui s'opposent aux systèmes de santé différents du nôtre font leurs choux gras des pénuries et des longues listes d'attente observées dans d'autres pays, tout en se

vantant qu'aux États-Unis, on ne rationne pas les soins.

Dans notre pays, les assureurs ont commencé à restreindre le réseau de fournisseurs auprès desquels leurs clients peuvent obtenir des soins, ce qui vient contredire l'idée d'une abondance de choix. J'ai pensé au cycliste rencontré à Toronto et aux listes d'attente pour les IRM jugées non urgentes. Oui, c'est un fait : la population canadienne doit patienter avant de pouvoir subir certaines interventions dans certaines provinces, parce que les gouvernements provinciaux et fédéral ont décidé de ne pas offrir sur-le-champ une IRM ou une tomographie axiale commandée par ordinateur (TDM) à **quiconque les réclamerait**. C'est un moyen parmi d'autres de limiter les dépenses en matière de santé.

Même au Canada, où l'on classe les patients par ordre de priorité dans le but de déterminer qui sera soigné en premier, de nouvelles données montrent qu'on recourt encore trop souvent à l'IRM sans que les patients en retirent de bienfait. Notamment, l'IRM compte parmi les examens d'imagerie les plus fréquemment prescrits aux personnes qui souffrent de douleurs lombaires. Or des chercheurs ont démontré que la moitié des IRM prescrites dans deux grands hôpitaux **n'étaient pas indiquées ou avaient une utilité discutable**. Cette situation peut contribuer à prolonger les délais pour les personnes qui en ont réellement besoin.

Aucun pays n'a les moyens de fournir à chacun de ses citoyens tous les services qui s'offrent. Aux États-Unis, les assureurs réduisent leurs réseaux de fournisseurs dans le but de contenir les dépenses; ils ne font affaire qu'avec ceux qui acceptent les prix qu'ils sont prêts à payer — ce qui, en théorie du moins, ferait baisser les prix. Les patients qui voudraient être soignés dans un hôpital haut de gamme, comme un centre anticancer, doivent payer les soins de leur propre poche ou s'en passer.

Le même principe s'applique aux franchises astronomiques, à la coassurance et aux quotesparts à verser pour obtenir des services courants (visites à l'urgence, tests diagnostiques et soins ambulatoires); ou encore, aux limites imposées dans le contrat d'assurance quant au nombre de séances de physiothérapie.

S'ils veulent bénéficier de ces services, les patients doivent ouvrir leur porte-monnaie de nouveau; sinon, ils doivent reporter les soins à plus tard ou s'en priver tout simplement. Au lieu d'imposer un rationnement au moyen des listes d'attente, on se sert des prix pour le faire. Aux États-Unis, si vous n'avez pas les 600\$ requis à titre de quote-part, il se peut que vous n'obteniez pas votre IRM. Les études montrent en effet que des gens renoncent à se faire soigner lorsque le montant des quotes-parts augmente.

Tout comme au Canada, les technologies médicales sont surutilisées aux États-Unis. On pense par exemple au recours à la tomographie dans les salles d'urgence. Or dès qu'il est question d'en faire un usage plus rationnel, on crie au rationnement dans les médias.

Ce discours est peut-être en train de changer. Des cas comme celui du Sovaldi, un mé-

dicament contre l'hépatite C qui coûte 84 000\$, et d'autres traitements onéreux en cours de mise au point, forceront peut-être les États-Unis à se tourner vers leur voisin du Nord pour revoir son système de répartition des soins.

Des prix pareils ne sont pas viables pour le système de santé, selon John Rother, président de la National Coalition on Healthcare, qui a entrepris de sensibiliser la population à cette question. Certains affirment que le programme Medicaid envisage de restreindre l'administration du Sovaldi aux patients les plus malades; c'est déjà le cas en Arizona.

Nous rationnons bel et bien les soins de santé aux États-Unis. Le problème, c'est que les personnes qui en souffrent le plus sont aussi celles qui gagnent les plus bas salaires. Nous sommes devenus étrangement indifférents à l'inégalité des revenus et à ses conséquences; nous sommes disposés à priver du nécessaire ceux et celles qui manquent de tout. La moindre allusion à l'éventualité d'une répartition des soins rares ou coûteux en fonction des besoins ou des données probantes provoque un tollé chez ceux qui ont l'habitude d'obtenir tout ce qu'ils désirent au moment qui leur convient.

Journaliste pendant plus de 40 ans, [Trudy Lieberman](#) est professeure agrégée adjointe au Collège Hunter de New York. Elle a écrit abondamment pour le Columbia Journalism Review et tient un blogue sur le site de la revue ([CJR.org](#)) traitant de la couverture médiatique en matière de soins de santé, de sécurité sociale et de retraite. Elle est également conseillère médias auprès du site EvidenceNetwork.ca.
(octobre 2014)



About the Editors



Noralou Roos

Noralou P. Roos received her PhD from the Massachusetts Institute of Technology in 1968. In 1972 she received the SearsRoebeck Foundation Federal Faculty Fellow, and moved to the University of Manitoba in 1973. She joined the Population Health Group at the Canadian Institute for Advanced Research in 1988. Noralou was a co-Founder of the Manitoba Centre for Health Policy. She headed the group which received Canadian Foundation for Innovation funding to create Canada's first data laboratory, containing population based data on health, education and social services and held a Tier 1 Canada Research Chair. Citations to Dr. Roos' work place her among the top 100 Canadian scientists according to The Institute of Scientific Information.

She was a member of the Prime Minister's National Forum on Health, the Interim Governing Council setting up the Canadian Institutes for Health Research (CIHR), received the Order of Canada in 2005, was elected a member of the Academy of Sciences of the Royal Society of Canada (2009), and most recently received a Fellowship in the Canadian Academy of Health Sciences. Noralou led the Canadian Drug Policy Development Coalition working with Health Canada and the provinces which resulted in the funding of the Drug Safety and Effectiveness Network (DSEN) at CIHR. She has also been working with community groups, business and government to bring research on 'At-Risk' kids to the policy table; she is a Member of the United Way of Winnipeg Board of Trustees, the Winnipeg Poverty Reduction Council (Strengthening the Core Working Group), and a Member of the Point Douglas/Lord Selkirk Park Project Advisory Board. She has received the Inaugural Population and Public Health Research Milestone Award, CIHR and CPHA, and in 2010, gave the Emmett Hall Memorial Lecture, one of Canada's most prestigious lectureships, which commemorates the father of Canadian Medicare with an annual address at the Canadian Association for Health Services and Policy Research Conference.



Kathleen O'Grady

Kathleen O'Grady is a Research Associate at the Simone de Beauvoir Institute, Concordia University and the author and editor of numerous books and articles on health, women's and cultural issues. She is also the Founding Director of QUOI Media Group, specializing in political, policy and media research and strategy consulting. She has written and edited speeches, Op-Eds, policy briefs and research papers for Senators, MPs, MPPs, Chiefs of Police, academics and CEOs. Her client list includes the Senate of Canada, a number of Ottawa-based think tanks, universities, politicians, artists and authors, and a wide range of national non-profit organizations.

In this capacity, she works as the Managing Editor of EvidenceNetwork.ca. On behalf of the research network she strategizes and edits the Op-Ed content from a wide-range of academic experts and works with editors at Canada's leading newspapers to make these submissions ready for publication. She also oversees a small communications team that actively pushes these commentaries, and other related projects, such as videos, media backgrounders, podcasts, webinars and infographics, through popular social media channels to raise the level of evidence in popular discourse about Canadian health policy options.

Kathleen is also a volunteer editor with Wikipedia on the Canada Project and is a past board member for the national non-profit organization, Girls Action Foundation/Fondation filles d'action. She lives in Ottawa, Canada with her family, and is the mother of two young boys, one with autism.



Shannon Turczak

Shannon Turczak is both the webmaster and e-Newsletter editor for EvidenceNetwork.ca, in addition to providing administrative and executive support to the Director/Editor-in-Chief and the Director of Communications/Managing Editor. She manages the day-to-day operations of EvidenceNetwork.ca and participates in the strategic direction of the project through team meetings. She is currently enrolled in the Certificate Program in Management and Administration (CIM) at the University of Manitoba.



Camilla Tapp

Camilla Tapp has been a research assistant with EvidenceNetwork.ca since May 2012. She was heavily involved in the development of the first two eBooks *Canadian Healthy Policy in the News: Why evidence matters* and *Making Evidence Matter in Canadian Health Policy*. In addition to supporting operations, Camilla also presents the work of EvidenceNetwork.ca through webinars on topics including Twitter and eBook development. Currently, she is pursuing her MBA with a focus in Health Services Management at McMaster University in the DeGroote School of Business.



Lindsay Jolivet

Lindsay Jolivet holds a Bachelor of English from McMaster University and a Master of Journalism from Carleton University. She completed a health policy journalism internship with EvidenceNetwork.ca in 2012 and she's since worked as a writer, proofreader and communications professional for organizations including Yahoo! Canada News, the Literary Review of Canada and Fogo Island Arts. She is now the writer & media relations specialist at the Canadian Institute for Advanced Research.